



868447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/22	4-Data de Autorização 08/02/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9558244	7-Data Validade da Senha 09/05/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202543496000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DORALICE DE JESUS CAVALCANTI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DORALICE DE JESUS CAVALCANTI	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO DR. DANIEL MAZZOCCATO	18-Número no CRO 12751	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61531910025	22-Nome do Contratado Executante DANIEL TOZATTI MAZZOCCATO	23-Número no CRO 12751	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL TOZATTI MAZZOCCATO	27-Número no CRO 12751	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00			14/02/22		<i>Doralice</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/02/22	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/02/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/02/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/02/22 Doralice	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/02/22
---	---	--	---

Dr. Daniel Mazoccoato
CRO-SC 12751