



320364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7612789	7-Data Validade da Senha 02/10/2020							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202525649000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GABRIEL OLIVEIRA DOS SANTOS		14-Telefone (61) 3434-4053	15-Nome do titular do plano WESLEY TAVARES DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA DE FATIMA MARTINS	18-Número no CRO 11724	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04354820170	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA DE FATIMA MARTINS	23-Número no CRO 11724	24-UF DF	25-Código CHES								
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA DE FATIMA MARTINS	27-Número no CRO 11724	28-UF DF	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
1-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/10/2019		[Assinatura]
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/10/2019		[Assinatura]
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/10/2019		[Assinatura]
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/10/2019		[Assinatura]
5-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/10/2019		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 178,00	47-Valor Total R\$ 67,64	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 Operador Odontológico Solicitante 04/10/2019 [Assinatura]												
51-Data, local e Assinatura do Operador Odontológico Assistente 04/10/2019 [Assinatura]												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2019 [Assinatura]												
53-Data, local e Cartão de Emissão 04/10/2019												