



948312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/04/22	4-Data de Autorização 18/04/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9805782	7-Data Validade da Senha 17/07/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0020254065970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANE DA SILVA MARIANO		14-Telefone 13/07/1975	15-Nome do titular do plano LUCIANE DA SILVA MARIANO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA GALHARDO DE CASTRO CARAIBAS	18-Número no CRO 5991	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07951962708	22-Nome do Contratado Executante JULIANA GALHARDO DE CASTRO CARAIBAS	23-Número no CRO 5991	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400149-35 (IF) 85400262-35
26-Nome do Profissional Executante JULIANA GALHARDO DE CASTRO CARAIBAS		27-Número no CRO 5991	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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
1-0085400149		COROA TOTAL METÁLICA	35		1	472,00	0,00		S	18/04/22		
2-0085400262		PINO PRE-FABRICADO	35		1	118,00	0,00		S	18/04/22		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/04/22	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 590,00	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 no 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 18/04/22 Juliana Galhardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/04/22 Juliana Galhardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/04/22 Luciane da Silva Mariano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/04/22 Blake Odontologia LTDA
--	--	--	--

Blake Odontologia LTDA
CNPJ: 45.104.527/0001-02