



530216
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/1/07/12/1

6-Número da Guia Principal
8510432

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/2/04/12/1

3-Data de Emissão da Guia
12/2/04/12/1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253717060000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILENE CONCEICAO DA PAIXAO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARILENE CONCEICAO DA PAIXAO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	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
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
6-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00	0,00		12/2/04/12/1	x Marlene
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---------------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 12/04/10 4/1/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/10 4/1/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/10 4/1/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/10 4/1/21 SSA
--	--	--	--