



483732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012 4-Data de Autorização 12/04/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8324484 7-Data Validade da Senha 12/05/2012

8-Número da Carteira 10102025357221101000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JONATHA TEDESQUE 16/06/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JONATHA TEDESQUE

16-Atendimento a RV ANGELA TAIAS ROSAS ROLIM 17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA TAIAS ROSAS ROLIM 18-Número no CRO 82657 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126471956843 22-Nome do Contratado Executante ANGELA TAIAS ROSAS ROLIM 23-Número no CRO 82657 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANGELA TAIAS ROSAS ROLIM 27-Número no CRO 82657 28-UF SP 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Denúncia/Regio	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Cc-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,0			0,0		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	0,0			0,0		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	0,0			0,0		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	0,0			0,0		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que c(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa