



572402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/21	4-Data de Autorização 02/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8659489	7-Data Validade da Senha 31/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253802670000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CELSO FERREIRA DA SILVA		14-Data de Nascimento 01/02/1982	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano CELSO FERREIRA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		19-Número no CRO 115699	20-UF SP	21-Código CBO B
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808		23-Nome do Contratado Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número no CRO 115699		28-UF SP	29-Código CBO B

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200188-20

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria (R\$)	34-Fixo	35-Qtd	36-Qtd - 1998 US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA					34,00	0,00		02/06/21		celso
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26				53,00	0,00		23/06/21		celso
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/06/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odonciria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 567,00	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), 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 02/06/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/21 [Assinatura] Dra. Bruna Almeida Boffi Cirurgiã-Dentista CROSP 115699	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / Cirurgiã-Dentista CROSP 115699
--	---	--	---



536690
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2014	4-Data de Autorização 05/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8532751	7-Data Validade da Senha 27/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534317300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VILCE APARECIDA NELLI		14-Telefone 03/11/1965	15-Nome do titular do plano VILCE APARECIDA NELLI		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		18-Número no CRO 115699	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808		22-Nome do Contratado Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		23-Número no CRO 115699	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-17 (IF) 85200158-27
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número no CRO 115699		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			28/10/2014		Filice
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1		533,00	0,00			31/10/2014		Filice
3-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27	1		533,00	0,00			31/10/2014		Filice
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/10/2014	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 1100,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	-----------------------------------	---------------------------	--

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(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.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Bruna Almeida Boffi
Cirurgiã-Dentista
CROSP 115699