



426077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8082947	7-Data Validade da Senha 22/02/21
8-Número da Carteira 00202532410200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone 06/03/1984	15-Nome do titular do plano WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR		18-Número na CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		23-Número na CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		27-Número na CRO 86205	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	07/12/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OD	1	88,00	0,00		S	14/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/11/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/11/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	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), 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 27/11/20 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 WILLIAN A. DE OLIVEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



422066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066032	7-Data Validade da Senha 16/02/21
8-Número da Carteira 00202532410200000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR			18-Número no CRO 86205	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR			23-Número no CRO 86205	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR			27-Número no CRO 86205	28-UF SP	29-Código CEO S
20-Código CEO S					
25-Código CNES					
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200					

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	20/11/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	27/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 176,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Ethelcsfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

CLIENTE: William Alves de Oliveira

Nº

INDICAÇÃO: _____

DATA /

OBS.: _____

								S						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6

CLIENTE William Alves de Oliveira

Nº

INDICAÇÃO _____

DATA

/ /

