



493329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 10/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8364254	7-Data Validade da Senha 06/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535376600000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUAN CALIGARO CORDEIRO				14-Telefone 19/02/2010 () -	15-Nome do titular do plano IDALINA RAQUEL PEREIRA CALIGARO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893		28-UF SC	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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	53	D	1	61,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
3-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
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 206,00	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/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 11/03/21 Giselle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21 Giselle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21 Raquel	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--