



898803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/22	4-Data de Autorização 08/03/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9653038	7-Data Validade da Senha 06/06/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020202546429400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO VINICIUS GOMES CORDOVI		14-Telefone 21/10/1994	15-Nome do titular do plano MARCELO VINICIUS GOMES CORDOVI		

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	18-Número no CRO 42123	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14645400711	22-Nome do Contratado Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	23-Número no CRO 42123	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA		27-Número no CRO 42123	28-UF RJ	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/03/22		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 08/03/22	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 34,00	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 08/03/22	51-Data, Local e Assinatura do Diretor-Dentista 08/03/22	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/22	53-Data, Local e Assinatura do Profissional 08/03/22
---	---	---	---

ICM ODONTOLÓGICA INTEGRADA LTDA
34.426.503/0001-45