



499259
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 22/03/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8387070	7-Data Validação da Guia 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Endereço da Carteira 00202535231400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA PARRA CIETO		14-Telefone 03/10/1967	15-Nome do titular do plano MARCIA PARRA CIETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acreditado a FV N	17-Nome do Profissional Exortante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	18-Número do CBO 115699	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808	22-Nome do Contratado Exortante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	23-Número do CBO 115699	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-41
26-Nome do Profissional Exortante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número do CBO 115699	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Taxa	35-Cor
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	41		
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncologia 4-Urgência Emergência		
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 25800		
47-Valor Total R\$ 0,00			48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 Contratado Responsável
22/03/21

51-Data, local e Assinatura do Profissional Exortante
Dra. Bruna Almeida Boffi
Cirurgiã Dentista
CRUSP 115699

52-Data, local e Assinatura da Empresa
22/03/21



499157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386680	7-Data Validade da Senha 13/06/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535231400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA PARRA CIETO		14-Telefone 03/10/1967	15-Nome do titular do plano MARCIA PARRA CIETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RII 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 CHES	Enviar - RX (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número no CRO 115699	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/10/2012		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00			15/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/2012	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 48,00	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 no 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 v. 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 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012 Dra. Bruna Almeida Boffi Cirurgiã-Dentista CRDP 115699	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 Marcia Parra Cieto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--