



417944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
1 | 1 | 2 | / | 1 | 1 | 1 | / | 2 | 0 |

4-Data de Autorização
1 | 1 | 7 | / | 1 | 1 | 1 | / | 2 | 0 |

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8048684

7-Data Validade da Senha
1 | 0 | / | 0 | 2 | / | 2 | 1 |

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
| | / | | / | |

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
FRANCISCO INALDO DE CARVALHO

14-Teléfono
(| |) | | | - | | | |

15-Nome do titular do plano
JAIRO RODRIGUES TEODORO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 | 7 | 5 | 5 | 6 | 2 | 8 | 8 | 9 | 7 | | |

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO
94101

28-UF
SP

29-Código CBO S

Planos 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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 pagar 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, todo o valor devido ao profissional que assina este 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
24/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/11/20

53-Duplicata e Contorno da Empresa
Av. São João, 473 - Centro São José