


472640
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8280396	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533327900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELLA PEREIRA GONZAGA DA SILVA		14-Telefone 05/08/2002	15-Nome do titular do plano ISABELLA PEREIRA GONZAGA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 85101915149	22-Nome do Contratado E-executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional E-executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		27-Número no CRO 1852	28-UF TO	29-Código CBO S (i) 82001294-18 (ii) 82001294-48 (iii) 82001294-28 (iv) 82001294-38

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	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	26/02/21		Belu
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	26/02/21		Belu
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	26/02/21		Belu
4	00820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	26/02/21		Belu
5	00820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	26/02/21		Belu
6	00820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	26/02/21		Belu
7	00820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	26/02/21		Belu
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 927,00	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 previsto 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 26/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--