



1334254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/23	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1334254	7-Data Validade da Senha 10/05/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202546477400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome YASMIN SUIANNE LORENZONI SALAZAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO PAIVA SALAZAR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07265270000173	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 5480	28-UF AM	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		N	/ /		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	/ /		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	/ /		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	/ /		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--