



592493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/21	4-Data de Autorização 24/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8725219	7-Data Validade da Senha 19/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202538882900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELE PACHECO AGUIAR	14-Telefone () -
15-Nome do titular do plano MICHELE PACHECO AGUIAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA
18-Número no CRO 14893	19-UF SC
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA
23-Número no CRO 14893	24-UF SC
25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	27-Número no CRO 14893
28-UF SC	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMV	1	122,00	0,00		S	24/06/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--