



478054
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2021	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302408	7-Data Validade da Senha 18/05/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535694000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILMARA SILVEIRA ROVINIA DOS SANTOS			14-Telefone (18) 996492432	15-Nome do titular do plano SILMARA SILVEIRA ROVINIA DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN 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 CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número no CRO 115699		28-UF SP	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/10/21		BRUNA
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-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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/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 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 17/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 17/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



478351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/2011	4-Data de Autorização 10/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8303523	7-Data Validação da Senha 18/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535694000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILMARA SILVEIRA ROVINIA DOS SANTOS		14-Telefone 17/04/1986	15-Nome do titular do plano SILMARA SILVEIRA ROVINIA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aferimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	18-Número do CNO 115699	19-UF SP	20-Código CNO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808	22-Nome do Contratado Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	23-Número do CNO 115699	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (F) 85200158-17 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		27-Número do CNO 115699	28-UF SP	29-Código CNO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Classe/Região	34- Faixa	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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17			53300	0,00			18/03/2011		BRUNA
2	0081000421	RX PERIAPICAL	(RMSD)			1400	0,00			18/03/2011		BRUNA
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/03/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgências/Emergências	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 54700	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) 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 18/03/2011 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/2011 Bruna Laís Almeida Boffi CROSP 15695	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2011 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /