



2-Nº

2600250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414						3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 1 / 2 6						4-Data de Autorização 1 5 / 0 1 / 2 6						5-Serinha AUTORIZADO						6-Número da Guia Principal 14790026						7-Data Validade da Sanha 1 5 / 0 3 / 2 6																	
Dados do Beneficiário																																															
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 3 1 8 9 8 0 0 0 0 1 0 1								9-Plano POS REDE PRESTADORA								10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA								11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _								12-Número do Cartão Nacional da Saúde															
13-Nome LUCIANO DE MOURA OLIVEIRA																								14-Teléfono (_ _) _ _ _ _ _ _ _								15-Nome do titular do plano LUCIANO DE MOURA OLIVEIRA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																															
16-Atribuição a RN N								17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO								18-Número no CRO 21784								19-Uf SC								20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 6 1 0 3 9 5 4 0 0 0 1 8 4								22-Nome do Contratado Excultante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO LTDA								23-Número no CRO 21784								24-Uf SC								25-Código CNES 4851005															
26-Nome do Profissional Excultante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO																								27-Número no CRO 21784								28-Uf SC								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- 0 0 1 8 5 2 0 0 1 5 8			TRATAMENTO ENDODONTICO			36			1		5 3 3 0 0		0 0 0		S		21/04/26												
2-																													
3-																													
4-																													
5-																													
6-																													
7-																													
8-																													
9-																													
10-																													
11-																													
12-																													
13-																													
14-																													
15-																													
43- Data Previsão Término do Tratamento			21/10/26			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			5 3 3 0 0			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 arcar com os custos previstos 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.

9-Observação

Ato 85200158 Necessario anexar radiografia no site para pagamento

01-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	02-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	03-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	04-Data, local e Carimbo da Empresa
 21/10/12 6	 21/10/12 6	 21/10/12 6	21/10/12 6