



462644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/6/01/2/1	4-Data de Autorização 03/02/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8236747	7-Data Validade da Senha 2/6/04/2/1
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520504100011401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNICONSULT ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLAS ANDREAS KOPPE COSTA		14-Telefone 14/06/1988	15-Nome do titular do plano NICOLAS ANDREAS KOPPE COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/2021		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/2021		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/2021		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/02/2021		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/2021	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 144,00	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 03/02/2021 Dr. Mauriem de Souza Pes Esp. em Prótese cro/SC-3754-DF-308.977-52-49	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/2021 Dr. Mauriem de Souza Pes Esp. em Prótese cro/SC-3754-DF-308.977-52-49	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/2021 Nicolas Koppe Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------