



372545
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 09/10/19 4-Data de Autorização 21/11/19 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7858213 7-Data Validade da Guia 08/11/2019

8-Número da Carteira 1002025313883000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANA PAULA DE LIMA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAULINO DOS SANTOS 18-Número no CRO 94633 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132216203815 22-Nome do Contratado Executante PAULINO DOS SANTOS 23-Número no CRO 94633 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PAULINO DOS SANTOS 27-Número no CRO 94633 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mês da Guia	42-Autorização
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	10,0					
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,6	10,0					
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,6	10,0					
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,6	10,0					
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,6	10,0					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Emissão da Guia 09/10/19 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Embraxia 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Dados locais e comerciais da Operadora Solicitante 51-Dados locais e comerciais da Operadora Executante 52-Dados locais e comerciais da Operadora Responsável 53-Dados locais e comerciais da Empresa