



463479  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8240510	7-Data Validade da Senha 27/01/21
Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	
8-Número da Carteira 00202533560200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDNA BORGES DE OLIVEIRA		14-Telefone 15/10/1963		15-Nome do titular do plano ALINE FERNANDA DE OLIVEIRA FOGACA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteração e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		18-Número no CRD 115699	
19-UF SP		20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808	
22-Nome do Contratado Executor BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		23-Número no CRD 115699		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executor BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		26-Número no CRD 115699		27-UF SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Qtd. Unidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação PS	39-Alt	40-Data de Realização	41-Motivo da Cixa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/02/21		<i>x Bruna</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 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 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 27/02/21 <i>Bruna</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/02/21 <i>Dra. Bruna Almeida Boffi</i> Cirurgiã Dentista CROSP 115699	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/02/21 <i>x Bruna</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



463557  
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS: 406414 | 3 Data de Emissão da Guia: 27/01/21 | 4 Data de Autorização: 01/10/21 | 5 Seria: AUTORIZADO | 6 Número da Guia Principal: 8240798 | 7 Data Validação da Seria: 27/01/21

Dados do Beneficiário  
 8 Número da Carteira: 00202533560200000102 | 9 Plano: POS REDE PRESTADORA | 10 Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA | 11 Data Validação da Carteira: / / | 12 Número do Contrato Nacional de Saúde: |  
 13 Nome: EDNA BORGES DE OLIVEIRA | 14 Telefone: ( ) - | 15 Nome do titular do plano: ALINE FERNANDA DE OLIVEIRA FOGACA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
 16 Aderimento a RN: N | 17 Nome do Profissional Solicitante: BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI | 18 Número do CRO: 115699 | 19 UF: SP | 20 Código CBO 3: 025 - Faturar Empresa  
 21 Código na Operadora / CNPJ / CPF: 41118760808 | 22 Nome do Contratado Executor: BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI | 23 Número do CRO: 115699 | 24 UF: SP | 25 Código CNES: Enviar - RX (I) 81000421- (F) 85200158-37  
 26 Nome do Profissional Executor: BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI | 27 Número do CRO: 115699 | 28 UF: SP | 29 Código CBO 3: (F) 85200158-37

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Anc	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1400	0000		S	19/02/21		<i>Bruna</i>
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	53300	0000		S			<i>Bruna</i>
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 Ortodôncia 4 Urgência/Emergência | 45 Tipo de Faturamento: 1 Total 2 Parcial | 46 Total Quantidade US: 54700 | 47 Valor Total R\$: 0000 | 48 Total Frância / Co-participação R\$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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), foram realizados com meu consentimento e da 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: 19/02/21, Bruna Laís Almeida Boffi, Cirurgião Dentista, CROSP 115699 | 51 Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 19/02/21, Edna Borges de Oliveira, FOGACA | 53 Data, local e Cópia da Empresa: / /