



456406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/21	4-Data de Autorização 19/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8207094	7-Data Validade da Senha 18/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253434540000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELEZER DOS SANTOS MACHADO 25/02/2003			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIVONE FERREIRA DOS SANTOS MACHADO	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893		19-UF SC		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 08104793977				22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA				23-Número no CRO 14893		24-UF SC		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA								27-Número no CRO 14893		28-UF SC		29-Código CBO S		(I) 85100200	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	25/10/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	25/10/21		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	PO	1	88,00	0,00		S	28/10/21		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	28/10/21		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	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 25/10/21 Gislle Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21 Gislle Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21 Elezer Machado	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------