



457401
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8211667	7-Data Validade da Senha 19/04/21
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome STEFFANI KAROLAYNE DA SILVA LOPES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSILENE DA SILVA	
16-Número da Carteira 00202534933800000103			18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR			23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22265337889			22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número no CRO 86205	28-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR			29-Código CBO S		

10-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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/01/21		X Rosilene
2	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	25/01/21		X Rosilene
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/01/21		X Rosilene
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/01/21		X Rosilene
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/01/21		X Rosilene
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/01/21		X Rosilene
7												Rosilene
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 247,00	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(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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21 Rosilene da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--