



404847
INTERCÂMBIO

1-Registro AFIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2020	4-Data de Autorização 12/01/2020	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7895230	7-Data Validade da Guia 12/01/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202533078300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUILHERME PAIXAO AMORIM		14-Data de Nascimento 24/01/2009	15-Data de Emissão do Plano 11/11/11	16-Nome do Membro do Plano GEIZABEL VIEIRA DA PAIXAO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RH N	18-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	19-Número no CRO 40774	20-UF RJ	21-Código CBO B 025 -	22-Faturar Empresa
23-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615	24-Nome do Contratado Executante MARINA MOREIRA SALVADOR	25-Número no CRO 40774	26-UF RJ	27-Código CHES	
28-Nome do Profissional Executante MARINA MOREIRA SALVADOR	29-Número no CRO 40774	30-UF RJ	31-Código CBO B		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/10/20		<i>Marina</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Testamento Odontológico 2-Guia Radiológica 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcelar	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 Solicitante 27/10/20 <i>Marina</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 <i>Marina</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 <i>Geizabel</i>	53-Data, local e Carimbo de Empresa 27/10/20
---	---	---	---

Marina Higelfra Salvador
CRO RJ 40774
Cirurgião - Dentista