



436869
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 20/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127794	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Idos do Beneficiário					
Número da Carteira 0020252739410000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JGOR BRAGA DE MORAIS		14-Telefone 22/06/2011 () 9792-8101	15-Nome do titular do plano JULIANA CARDOSO DE MORAIS		
Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA	18-Número no CRO 4137	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 68913729415	22-Nome do Contratado Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA	23-Número no CRO 4137	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA		27-Número no CRO 4137	28-UF PE	29-Código CBO S	
30-Tipo de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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
-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/12/2020		Handow
-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	22/12/2020		Handow
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
0												
1												
2												
3												
4												
5												

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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

solo, 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/2020 Handow	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--