



326361
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/20	4-Data de Autorização 22/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7643371	7-Data Validade da Senha 16/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025303352000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUIZA GONCALVES ZACARIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIMONE GONCALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO B 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO B	

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 Classe	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/06/20		Simone
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/06/20		Simone
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/06/20		Simone
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/06/20		Simone
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/06/20		Simone
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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 22/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/20 Simone	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/06/20
---	---	--	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



326368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7643405	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530335200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE GONCALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIMONE GONCALVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO B 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476		28-UF SC	29-Código CBO B
Plano de Tratamento / Procedimentos Substanciais					

025 -
Faturar Empresa

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			22/10/2012		Simone
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			22/10/2012		Simone
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			22/10/2012		Simone
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			22/10/2012		Simone
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/10/2012		Simone
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 174,00	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 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo de Empresa 22/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476