



875436
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012		4-Data de Autorização 14/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9580662		7-Data Validade da Senha 15/10/2012			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202540136500000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome SILVANA DE OLIVEIRA TOLEDO						14-Telefone 26/02/1966		15-Nome do titular do plano SILVANA DE OLIVEIRA TOLEDO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante				18-Número no CRO 37382		19-UF RJ		20-Código CBO S 11			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797				22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS				23-Número no CRO 37382		24-UF RJ			
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS						27-Número no CRO 37382		28-UF RJ		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	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	25/04/22			
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	25/04/22			
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	25/04/22			
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	25/04/22			
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	25/04/22			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto 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 210,00		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 25/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/04/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/04/22
---	---	---	---

Ana Carolina y da Campos
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 37382