

Razão Social: CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO LTDA - ME
CNPJ: 08276854000107 (CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4775/DF Cirurgião Dentista: (13341) - PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES

Totalizador	
N° de USOs:	3162
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 948,60

Totalizador da Operadora	
N° de USOs:	3162
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 948,60

Totalizador da Clínica	
N° de USOs:	3162
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 948,60

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 02/08/2021 15:33



640576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2017	4-Data de Autorização 29/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8878157	7-Data Validade da Senha 27/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535328200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCA ANDRELINO DA COSTA		14-Telefone 05/10/1978	15-Nome do titular do plano FRANCISCA ANDRELINO DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-37

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	333,00	0,00		S	02/10/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 333,00	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 02/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 02/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



640568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/21	4-Data de Autorização 29/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8878147	7-Data Validade da Senha 27/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535328200000102		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 FERNANDA ANDREILINO BATISTA				14-Telefone 10/12/2005	15-Nome do titular do plano FRANCISCA ANDREILINO DA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO		18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		23-Número no CRO 4775		24-UF DF	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775		28-UF DF	29-Código CBO S				

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		S	30/07/21		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/07/21		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/07/21		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/07/21		
5-												
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 30/07/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4774 IE 2519		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4774 IE 2519		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 30/07/21 Francisca Andreilino da Costa		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--



632416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/21	4-Data de Autorização 29/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8853308	7-Data Validade da Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535328200000106	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 APARECIDA ANDRELINO DA COSTA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA ANDRELINO DA COSTA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/21		maria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/21		maria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/21		maria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/21		maria
5-												
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 144,00	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 apresentado, 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 30/07/21 Dra Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4774 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21 maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	-------------------------------------


585595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/21	4-Data de Autorização 14/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8702486	7-Data Validade da Senha 14/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537947100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ALDENICE PEREIRA FREIRE SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALDENICE PEREIRA FREIRE SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO			18-Número no CRO 4775	19-UF DF
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		23-Número no CRO 4775	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775		28-UF DF	29-Código CBO S
20-Código CBO S 03					
25-Código CNEB					
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-47					

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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	11/07/2021		
2												
3												
4												
5												
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 533,00	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 previsíveis 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 11/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/21 Aldenice	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



606670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/21	4-Data de Autorização 09/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8771519	7-Data Validade da Senha 30/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531713300000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THIAGO ANDRE DE LACERDA FRANCISCO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MOIZES JOSE FRANCISCO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	09/07/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	09/07/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00		S	09/07/21		
4-												
5-												
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 183,00	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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 09/07/21 Esp. em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 09/07/21 Esp. em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



602581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/21	4-Data de Autorização 07/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8758615	7-Data Validade da Senha 28/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202537947100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALDENICE PEREIRA FREIRE SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALDENICE PEREIRA FREIRE SANTOS
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PIVD	1	122,00	0,00		S	07/07/21		Aldenice
2-												
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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 07/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21 Aldenice	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



607424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/07/21	4-Data de Autorização 07/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8773699	7-Data Validade da Senha 03/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533469700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA DA SILVA FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VITORIA DA SILVA FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

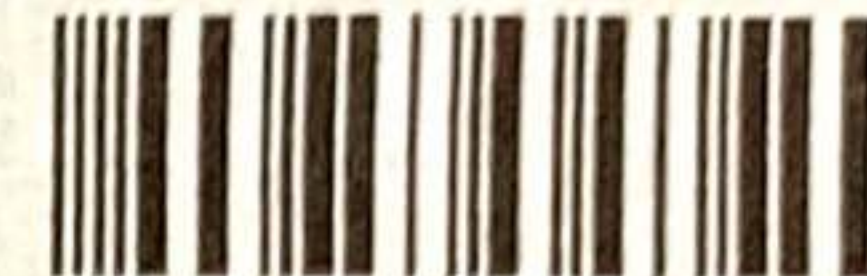
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	07/07/21		Vitoria
2-												
3-												
4-												
5-												
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 333,00	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 07/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista em Implante 07/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21 Vitoria da S. Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



Juliano

602271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2016	4-Data de Autorização 02/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8757623	7-Data Validade da Senha 27/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531247100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	02/10/17		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 88,00	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 02/10/17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Patricia Galvão
Especialista em Implantes
CRO-DF 4775 IE 2510

Dr. Carlos Henrique Oliveira Souza
Especialista em Implantes
CRO-DF 4775 IE 2510



578889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/21	4-Data de Autorização 10/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8680104	7-Data Validade da Senha 07/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537955600000101	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 ALMEIDA MELO SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ALMEIDA MELO SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-33 (IF) 85200166-43
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33		1	258,00	0,00		S	01/07/21		maria
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	43		1	258,00	0,00		S	01/07/21		maria
3-												
4-												
5-												
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 516,00	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 01/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/21 maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



615490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8799715	7-Data Validade da Senha 10/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538941300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JUAN CARLOS SANTANA SANTOS		14-Telefone 31/01/1988	15-Nome do titular do plano JUAN CARLOS SANTANA SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/07/21		x
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/07/21		x
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/07/21		x
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/07/21		x
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/07/21		x
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 178,00	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 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



615528
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 12/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8799895	7-Data Validade da Senha 10/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538941300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANNE CAROLINE DE OLIVEIRA SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUAN CARLOS SANTANA SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/07/21		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/07/21		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/07/21		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/07/21		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/07/21		
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 178,00	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 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21 J. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



623970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/07/21	4-Data de Autorização 19/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8826964	7-Data Validade da Senha 17/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536878300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA CAVALCANTE DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CICERA CAVALCANTE DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CMES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/07/21		Patricia
2-												
3-												
4-												
5-												
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 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 no 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 19/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/07/21 Leticia C. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



624829
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/07/21	4-Data de Autorização 19/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8829927	7-Data Validade da Senha 17/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538964200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRESSA ELEN PASSOS DAS CHAGAS 16/01/1995		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA ELEN PASSOS DAS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-35

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0085200166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		S	22/07/21		Andressa
2-												
3-												
4-												
5-												
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 258,00	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 22/07/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/07/21 Andressa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



606666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8771476	7-Data Validade da Senha 30/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253795560000101	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 ALMEIDA MELO SILVA 18/03/1964		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ALMEIDA MELO SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	L	1	61,00	0,00		S	22/07/21		Amosia
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	L	1	61,00	0,00		S	22/07/21		Amosia
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21 Amosia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--