



995973 *Exatissimo*
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 9944486	7-Data Validade da Senha 23/08/22
8-Número da Carteira 00202548259300000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome RICHARD JUAN RODRIGUES DA SILVA			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LANOANA FERREIRA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	18-Número no CRO 35583	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14943935818			22-Nome do Contratado Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	23-Número no CRO 35583	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA			27-Número no CRO 35583	28-UF SP	29-Código CBO S 025 -

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			01/06/22		<i>Marcia</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/22	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 0,00	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 e 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 05/10/22 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/22 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/22 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/22 <i>[Carimbo]</i>
---------------	---	---	---	--

11,90

Dra. Márcia Ap. Bife Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 35.583
CPF: 149.439.358/18