


440999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2021	4-Data de Autorização 11/01/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8146081	7-Data Validade da Senha 15/03/21
8-Número da Carteira 00202533989400000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome DIEGO RIBEIRO MACEDO			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIEGO RIBEIRO MACEDO
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SILVANA LANZUOLO					
18-Número no CRO 31234		19-UF SP		20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08724519847		22-Nome do Contratado Executante SILVANA LANZUOLO		23-Número no CRO 31234	
24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante SILVANA LANZUOLO		27-Número no CRO 31234		28-UF SP	
29-Código CBO 5					

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 Glor	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/01/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
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 15/11/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2021
---	---	---	---