



489259
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/21	4-Data de Autorização 02/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8348732	7-Data Validade da Senha 31/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020252490960000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE DE FATIMA VAZ				14-Telefone (147) 9150-9147	15-Nome do titular do plano JOSE HENRIQUE LAURENCO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893		28-UF SC		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/03/21		<i>Micheli</i>
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 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 04/03/21 <i>Giselle</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21 <i>Giselle</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 <i>Micheli</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--