



419627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8055974	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202153247150000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EVERALDO LIMEIRA RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATIELLY LIMA DE FREITAS
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA	18-Número no CRO 6497	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05183581940	22-Nome do Contratado Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	23-Número no CRO 6497	24-UF MS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	27-Número no CRO 6497	28-UF MS	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	25/11/20		Everaldo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/11/20		Everaldo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/11/20		Everaldo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	25/11/20		Everaldo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 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 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 25/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 25/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20
---	--	---	---

(Handwritten signatures and stamps)
 ANA CARLA DA COSTA LIMA
 CRO/MS 6497
 ANA CARLA DA COSTA LIMA
 CRO/MS 6497
 ANA CARLA DA COSTA LIMA
 CRO/MS 6497