

30-Indicador	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Tesão	34-Faixa	35-Qtd.	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Aut.	40-Cota de Realização	41-Subst. da Cota	42-Pacientes
1	001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0000	S	133	133	20	Regras
2	001810000098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3500	0000	S	133	133	20	Regras
3	001810000098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		3500	0000	S	133	133	20	xRegras
4	001810000098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3500	0000	S	133	133	20	xRegras
5	001810000098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		3500	0000	S	133	133	20	xRegras
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

CAIXA PRINCIPAL - Distrito de Transfêrencia

Local de Atendimento

1-Clínica Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

43-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

44-Total Quantitativo US

17400

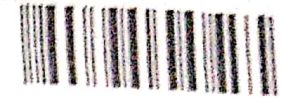
45-Valor Total R\$

0000

46-Total Franquia / Participação R\$

Declaro, eu, após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar a extração de tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de minha satisfação. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores previstos em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/2020 130quino		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2020 130quino		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/2020		 Dra. Vivianne Aquino Cirurgião-Dentista CRO-ES 8892	
--	--	--	--	---	--	--	--



414207

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/08/2011	3-Data de Autuação 10/11/2011	4-Estado AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8032666	6-Data de Validade da Guia 10/16/12/2011
7-Endereço Beneficiário 0002025311788000000101		8-Tipo de Serviço POS REDE PRESTADORA	9-Endereço da Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data de Autuação da Empresa 11/11/11	11-Endereço da Empresa Endereço da Empresa Beneficiária
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento CARLIA MORENO FARIA		13-Data de Nascimento 17/09/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Profissional de Saúde CARLIA MORENO FARIA	
16-Atendimento à RV N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIANNE BATISTA DE AQUINO	18-Número no CRO 8892	19-UF ES	20-Código CBO 6	22 - Faturar Empresa
21-Código no Operador CNPJ / CPF 112816331157901	23-Nome do Contratado Executante VIVIANNE BATISTA DE AQUINO	24-Número no CRO 8892	25-UF ES	26-Código CBO 6	
27-Nome do Profissional Executante VIVIANNE BATISTA DE AQUINO		28-Número no CRO 8892	29-UF ES	30-Código CBO 6	

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Cid	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Endereço de Entrega da Guia
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/2011	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/11/2011	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/11/2011	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/11/2011	
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	11/11/2011	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 174,00	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 11/11/2011 B. Aquino	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 B. Aquino	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Carlia Moreno Faria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011	54-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde Dra. Vivianne Batista de Aquino Cirurgiã-Dentista CRO-ES 8892
---	---	---	---	---