



683643
INTERCÂMBIO

gistro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 8 / 2 1	4-Data de Autorização 3 1 / 0 8 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8997212	7-Data Validade da Senha 2 5 / 1 1 / 2 1
--------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

s do Beneficiário mero da Carteira 0 2 0 2 5 3 9 7 1 7 9 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

ome AURICIO GOMES FILHO	05/09/1947	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAURICIO GOMES FILHO
----------------------------	------------	----------------------	---

s do Contratado Responsável pelo Tratamento tendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--	--	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF 3 1 3 8 1 4 2 5 7 0 4	22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 16315	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

ome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 16315	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-
--	---------------------------	-------------	-----------------	---------------

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4 7,0 0	0,0 0		S	24/08/21		
0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	11		1	1 5 0,0 0	0,0 0		S	31/08/21		
0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	22		1	1 5 0,0 0	0,0 0		S	14/09/21		
0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	1 5 0,0 0	0,0 0		S	14/09/21		
0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	1 5 0,0 0	0,0 0		S	21/09/21		
0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	2 8,0 0	0,0 0		S	30/08/21		
0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	2 8,0 0	0,0 0		S	21/09/21		

ata 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 7 0 3,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

aro, 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
rato. 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 valo
entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

bservação

ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Marcos Carvalho da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9