



387632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924692	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531801800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GISELY CARVALHO DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELY CARVALHO DE SOUZA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA DOS SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 5676	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00355523280	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA DOS SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 5676	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA DOS SANTOS MONTEIRO	27-Número no CRO 5676	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	13/10/20		Gisely
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	13/10/20		Gisely
3-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	13/10/20		Gisely
4-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	13		1	73,00	0,00		S	13/10/20		Gisely
5-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	12		1	73,00	0,00		S	13/10/20		Gisely
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 365,00	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 no 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

. Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias, será visto na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20 Adriana dos Santos Monteiro Cirurgiã-Dentista Clínica Geral CRO-AM 5676	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Adriana dos Santos Monteiro Cirurgiã-Dentista Clínica Geral CRO-AM 5676	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Gisely Carvalho de Souza Beneficiária/Responsável Clínica Geral CRO-AM 5676	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 OdontoLife Cirurgiã-Dentista Clínica Geral CRO-AM 5676
---	---	---	--