



334143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Semela PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 334143	7-Data Validade da Semela 01/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253069500000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDUARDO DE ARAUJO BENEDITO		14-Telefone 06/06/1987	15-Nome do titular do plano EDUARDO DE ARAUJO BENEDITO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANDREA TORRES	18-Número no CRO 55021	19-UF SP	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14523384851	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANDREA TORRES	23-Número no CRO 55021	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANDREA TORRES		27-Número no CRO 55021	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												42-Ass
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 Olosa	42-Ass
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/03/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Token 239004, anexado no Remit.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/20 Dra. Flávia Andréa T. De Nardi Costa CROSP - 55021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/20 Dra. Flávia Andréa T. De Nardi Costa CROSP - 55021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/20 Eduardo de Araujo Benedito	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/03/20
--	--	---	---