



1132141  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/09/22	4-Data de Autorização 19/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10332143	7-Data Validade da Senha 04/12/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202550765300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LARISSA FERREIRA MARTINS		14-Telefone 17/02/2009	15-Nome do titular do plano GEIDA MARIA FERREIRA BORDIGA MARTINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCO AURELIO SALMORIA DOS SANTOS	18-Número no CRO 31374	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39354559000155	22-Nome do Contratado Executante MATINHOS CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 31374	24-UF PR	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (I) 82001286-38
26-Nome do Profissional Executante MARCO AURELIO SALMORIA DOS SANTOS		27-Número no CRO 31374	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 81000421-	

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	01/10/22		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	01/10/22		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data 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 375,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--