



2097404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/24	4-Data de Autorização 08/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13186447	7-Data Validade da Guia 05/12/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	-------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário 0020255757290000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSE DA CUNHA JOAO		14-Telefone 23/05/1965	15-Nome do titular do plano EDMO ARAUJO		

16-Atendimento a R# N		17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS MARIANO DA SILVA		18-Número na CRO 98589	19-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31405859857		22-Nome do Contratado Executante MATEUS MARIANO DA SILVA		23-Número na CRO 98589	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MATEUS MARIANO DA SILVA		27-Número na CRO 98589		28-UF SP	29-Código CBO 8		

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	08/11/24		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/24	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 144,00	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 08/11/24 Dr. Mateus Mariano CROSP-98589	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/24 Dr. Mateus Mariano CROSP-98589	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/24 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------