



1735216
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/01/24	4-Data de Autorização 09/01/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12027144	7-Data Validade da Senha 08/04/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202554720800106302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY MINAS GERAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLARA DE ARAUJO VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IVANEI ROSA MAIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIS CAROLINE MAIA DE ALCANTARA	18-Número no CRO 44920	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 47860923000187	22-Nome do Contratado Executante MATOS SALOMAO ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 34575	24-UF MG	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante FRANCIS CAROLINE MAIA DE ALCANTARA		27-Número no CRO 44920	28-UF MG	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	09/01/24		
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/01/24		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/01/24	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 174,00	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 09/01/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/01/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/01/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/01/24
---	---	---	---

Dra. Francis Caroline Maia
Cirurgiã Dentista
Endodontista
CRO 44920