



1068930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 1 0 7 2 2	4-Data de Autorização 	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1068930	7-Data Validade da Senha 1 9 1 0 7 2 2
--------------------------	--	---------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025482106000001011										9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa DARDAINE SILVA MENDES										11-Data Validade da Carteira _/_/___/___/___										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome DARDAINE SILVA MENDES																				25/09/2000																				14-Telefone (_) _ _ _ _ - _ _ _ _ _										15-Nome do titular do plano DARDAINE SILVA MENDES									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA MENDES EVANGELISTA BOREGAS	18-Número no CRO 49492	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 9 3 0 7 8 4 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 19324	24-UF MG	25-Código CNES 5191580
26-Nome do Profissional Executante LETICIA MENDES EVANGELISTA BOREGAS		27-Número no CRO 49492	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 -	0 0 8 6 0 0 0 3 5 7	MANUTENÇÃO DE APARELHO			1	2 6 0 , 0 0	, 0 , 0 0	, N		/ /		
2 -					,	,	,		/ /			
3 -					,	,	,		/ /			
4 -					,	,	,		/ /			
5 -					,	,	,		/ /			
6 -					,	,	,		/ /			
7 -					,	,	,		/ /			
8 -					,	,	,		/ /			
9 -					,	,	,		/ /			
10					,	,	,		/ /			
11					,	,	,		/ /			
12					,	,	,		/ /			
13					,	,	,		/ /			
14					,	,	,		/ /			
15					,	,	,		/ /			

[illegible]

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