


1559623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/23	4-Data de Autorização 04/08/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11527547	7-Data Validade da Senha 02/11/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202558390000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONATHAN CARLOS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIELA SIQUEIRA DE SOUZA LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO JAIME XAVIER MACHADO	18-Número no CRO 49928	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4682927000170	22-Nome do Contratado Executante TOMOGRAFIA E RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 49928	24-UF MG	25-Código CNES 0287490
26-Nome do Profissional Executante BRUNO JAIME XAVIER MACHADO		27-Número no CRO 49928	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
11	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
12	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
13	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
14	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/08/23		Jonathan
15									S	04/08/23		Jonathan

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/08/23	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 196,00	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 04/08/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/23 Jonathan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/23
---------------	---	---	--	---

RADIOGRAF

Tomografia e Radiografia
Boa Esperança

CNPJ: 34.682.927/0001-70 - EPARO-7550

Carlos da Silva

7/6/1911
1000 ft. M. 1000 ft. 1000 ft.
1000 ft. 1000 ft. 1000 ft.

1000 ft. 1000 ft. 1000 ft.
1000 ft. 1000 ft. 1000 ft.