



541955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8552080	7-Data Validade da Senha 02/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537246400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE FERNANDO RIBEIRO SOUZA		14-Telefone 02/10/1993	15-Nome do titular do plano JOSE FERNANDO RIBEIRO SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES	18-Número no CRO 39072	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / GPF 05177304647	22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES	23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100218

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/21		Jose Fernando
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jose Fernando
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jose Fernando
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jose Fernando
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jose Fernando
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DMV	1	122,00	0,00		S	17/05/21		Jose Fernando
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PMV	1	122,00	0,00		S	17/05/21		Jose Fernando
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00		S	17/05/21		Jose Fernando
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MV	1	88,00	0,00		S	/ /		Jose Fernando
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/05/21	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 628,00	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 24/05/21 mona elona	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/21 Vanilce moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/21 Jose Fernando R. Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/05/21 Vanilce Oliveira Moraes Cirurgião Dentista CRO 39072
--	--	--	---