



520147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8470365	7-Data Validade da Senha 09/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253693300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TAIZA AGUIAR CHAVES		14-Telefone 20/02/2002	15-Nome do titular do plano TAIZA AGUIAR CHAVES		
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 / CPF 05177304647	22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES	23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072	28-UF MG	29-Código CBO S	

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	13/04/21		Taiza
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/04/21		Taiza
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/04/21		Taiza
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/04/21		Taiza
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/04/21		Taiza
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
16-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21	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 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 20/04/21 Montecarlo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 Vanilcemoraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Taiza Aguiar Chaves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/21
--	---	---	---

Vanilce Oliveira Moraes
Cirurgião Dentista
CRO 39072