



394674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953269	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532411700001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAYANE ALVES DOS SANTOS		14-Telefone 14/01/1991	15-Nome do titular do plano RAYANE ALVES DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 41976	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699		22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		23-Número no CRO 41976	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		21/10/20 x Rayane
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	/ /		21/10/20 x Rayane
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	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 567,00	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(ram) 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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20 x Rayane	53-Dado, local e Carimbo da Empresa 21/10/20
---------------	---	---	--	---

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976

CNPJ: 21.401.745/0001-32
CRO-MG 4470