



396524
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7961312	7-Data Validade da Senha 13/01/21
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532407200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	---	--	---------------------------------------	--	---	--	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome GEISA DE CASSIA MENDES DOS REIS				14-Telefone 30/10/1967				15-Nome do titular do plano GEISA DE CASSIA MENDES DOS REIS			
---	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	---	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES				18-Número no CRO 18211				19-UF MG		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
---	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	--------------------	--	---	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634				22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES				23-Número no CRO 18211				24-UF MG		25-Código CNES	
---	--	--	--	---	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	--------------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES				27-Número no CRO 18211				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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	73,00	0,00			30/10/20		Geisa
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00			30/10/20		Geisa
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00			30/10/20		Geisa
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00			30/10/20		Geisa
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33		1	73,00	0,00			30/10/20		Geisa
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20		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 365,00		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) 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 30/10/20 <i>Allice de Lacerda Marques</i> Cirurgiã Dentista CROMG 18211		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 <i>Allice de Lacerda Marques</i> Cirurgiã Dentista CROMG 18211		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 <i>Geisa de Cassia</i> Mendes dos Reis		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	--	--	--	--