



325758
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/2016 4-Data de Autorização 11/10/2016 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 7640517 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Senha 15/10/2019 12-01

8-Número da Carteira 100202529909300000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 15/10/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELO SANTANA 14-Teléfono 29/02/1972 15-Nome do titular do plano MARCELO SANTANA

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL 18-Número no CRO 9234 19-UF GO 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10071056761101 22-Nome do Contratado Executante MARCIA LUZ MARQUES 23-Número no CRO 9234 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MARCIA LUZ MARQUES 27-Número no CRO 9234 28-UF GO 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
1-10	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			17/10/2016		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 10,00 47-Valor Total R\$ 37,52 48-Valor Total Co-participação R\$ 1,00

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 a pagar os custos previstos no 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 conta do 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 Rua S-6-04-S-27 Lt. 06 N° 300 Setor Bela Vista CEP: 74.823-470

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2016 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2016