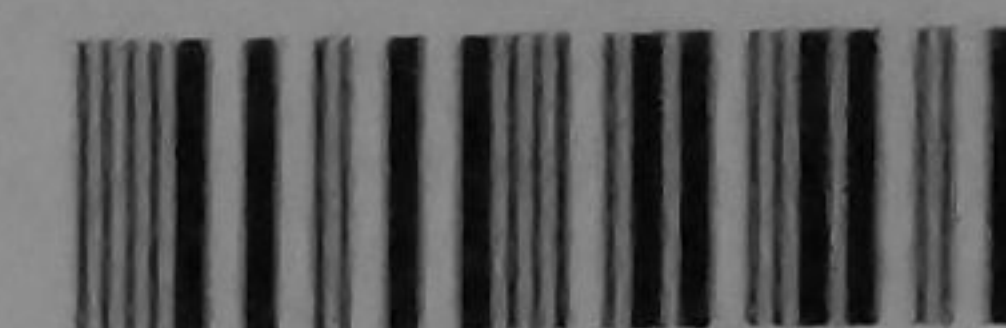




630864
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8848181	7-Data Validade da Senha 20/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535065700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANETE SILVA DE AQUINO		14-Telefone 21/10/1979	15-Nome do titular do plano WALLACE RODRIGUES DA SILVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		18-Número no CRO 51087	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04212478609		22-Nome do Contratado Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		23-Número no CRO 51087	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		27-Número no CRO 51087		28-UF MG	29-Código CBO E	

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-Medim da Glor	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/07/21		Vanete Silva de Aquino
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/07/21		Vanete Silva de Aquino
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			22/07/21		Vanete Silva de Aquino
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/07/21		Vanete Silva de Aquino
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 144,00	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 22/07/21 José Lucas Santos Esteves Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21 Vanete Silva de Aquino Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21 Wallace Rodrigues da Silveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------