



621157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 15/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8817640	7-Data Validade da Senha 13/10/21
Dados do Beneficiário					
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 () - / -	15-Nome do titular do plano WALLACE RODRIGUES DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento 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	Enviar - RX (R) 85200166-12
26-Nome do Profissional Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		27-Número no CRO 51087	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Vari	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Cálculo 42-Resposta
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00		0,00		15/10/21	x
2-											
3-											
4-											
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-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	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 este 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 Contratado Responsável 15/10/21 José Lucas Santos Esteves Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 15/10/21 José Lucas Santos Esteves Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/21 Vanete S. Aquino	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/21
---	--	--	---