



364227
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7822526	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531257200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ		14-Telefone 13/02/1972	15-Nome do titular do plano LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO B 09	205 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		28-UF MG	29-Código CBO B		

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			29/08/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/08/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 Solicitante 29/08/20 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/20 Anderson Lara e Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/20 Xs Duroz	53-Data, local e Carimbo da Empresa de Nela - Cel 30.830-000 29/08/20 Av. Abílio Machado, 124 - Sala 406 - Fone: (31) 3083-0000 - ZONE EMPRESAS GERAIS
---------------	---	---	--	---