

13468562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 1 / 2 5	4-Data de Autorização 2 9 / 0 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 2190004	7-Data Validade da Senha 3 0 / 0 3 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 8 7 7 9 0 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano DENTAL ESSENCIAL	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702404012659526
13-Nome DIENE SANTOS MARQUES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIENE SANTOS MARQUES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	414 - ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA ME
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 1 3 3 7 0 5 6 0 3	22-Nome do Contratado Executante MARIANA MISSON ABRAO	23-Número no CRO 31695	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA MISSON ABRAO		27-Número no CRO 31695	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RMD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RME		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
6-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
7-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
8-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
9-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
10-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
11-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
12-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
13-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
14-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
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 1 9 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--