



378122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/19 4-Data de Autorização 12/09/19 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7884090 7-Data Validade da Guia 11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202025293485000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/20 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MATEUS ALVARENGA ARAUJO 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MATEUS ALVARENGA ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DENTECOR 18-Número no CRO 61724 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 178848890130 22-Nome do Contratado Exclamante MICHELLE PEIXOTO 23-Número no CRO 61724 24-UF SP 25-Código CNES (I) 85100200 26-Nome do Profissional Exclamante MICHELLE PEIXOTO 27-Número no CRO 61724 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volár	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ani	40-Data de Realização	41-Motivo da Clusa
1-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00				
2-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16,00	0,00				
3-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	16,00	0,00				
4-010	851100200										
5-010	851100200										
6-010	851100200										
7-010	851100200										
8-010	851100200										
9-010	851100200										
10-010	851100200										
11-010	851100200										
12-010	851100200										
13-010	851100200										
14-010	851100200										
15-010	851100200										

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocografia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 210,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-parti

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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/11/20