



451779
INTERCÂMBIO

Tratamento para você SMH

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/2/01/21

4-Data de Autorização
11/4/01/21

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8187161

7-Data Validade da Santa
11/2/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01020125343385000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MONICA CARMO ALMEIDA

06/11/1996

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
MONICA CARMO ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
MEDIC HOME EIRELI

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCAS OLIVEIRA CHAGAS

18-Número no CRO
44389

19-UF
RJ

20-Código CBO S
10

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11511220512735

22-Nome do Contratado Executante
LUCAS OLIVEIRA CHAGAS

23-Número no CRO
44389

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-UF

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Encarregado
LUCAS OLIVEIRA CHAGAS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	11/5/01/21	11/5/01/21	11/5/01/21	11/5/01/21
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	11/5/01/21	11/5/01/21	11/5/01/21	11/5/01/21
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/1/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1122,00	0,00								

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(ram) 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.

48-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 Cartão da Empresa

Lucas Oliveira Chagas

Cirurgião-Dentista

Dr. Lucas Oliveira Chagas

Monica Carmo Almeida

Administrador

CRO-RJ: 44389

CRO-RJ: 44389

Medic Home Eireli-EPP