



438913
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8136817	7-Data Validade da Senha 10/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532581500000101	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 VICTOR POMPEU NEVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA VICTOR POMPEU NEVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	11/12/20		Luciana
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	11/12/20		Luciana
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	11/12/20		Luciana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 11/12/20	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 219,00	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, com o paciente devidamente informado e consentido, 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) de acordo com o 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 o contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------