



407406
INTERCÂMBIO

1-Reg. ano INS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 4-Data de Autorização 5-Senha ABERTO 6-Número da Guia Principal 407406 7-Data Validade da Senha 12/06/11 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira

10/02/02 5265315000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELA MARIA RANGEL DE OLIVEIRA BENZI

23/04/1971

14-Telefone (1411) 957914644

15-Nome do titular do plano GABRIELA MARIA RANGEL DE OLIVEIRA BENZI

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA

18-Número no CRO 39384

19-UF MG

20-Código CBO S 01

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1070953011611

22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

23-Número no CRO 39384

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 39384

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-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	14	1	34,00	0,00			28/05/2020	x	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 28/05/20 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 34,00 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(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.

49-Observação

diversos. Realizado ajuste de valores e preparação de medicamentos.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

28/05/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

28/05/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28/05/20

53-Data, local e Cartão da Empresa

28/05/20

DRA. BIANCA B. DE OLIVEIRA

CIRURGEIA DENTISTA

CRO-MG 39384