



405806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999497	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533105400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do titular do plano ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS
---	----------------------	-------------------------------------	---

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	19-Número no CRO 18211	20-UF MG	21-Código CBO S C25 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	23-Nome do Contratado/Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	24-Número no CRO 18211	25-UF MG	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	28-Número no CRO 18211	29-UF MG	30-Código CBO S	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/11/20		Elaine
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/11/20		Elaine
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/11/20		Elaine
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/11/20		Elaine
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/11/20		Elaine
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 03/11/20	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 178,00	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, o(s) paciente(s) 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) 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 pagar o valor devido em prazo.

49-Observação Cirurgiã Dentista CROMG 18211	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 03/11/20 Elaine Marques	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Elaine	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 03/11/20 Elaine Marques	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Elaine	55-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	-------------------------------------

Elaine Marques
Elaine
Elaine