



355021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/18	4-Data de Autorização 14/10/18	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7779368	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530107200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROGERIO SILVERIO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KAREN REGINA MACIEL COSTA
--------------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO	18-Número no CRO 13475	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73488208672	22-Nome do Contratado Executante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO	23-Número no CRO 13475	24-UF MG	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO		27-Número no CRO 13475	28-UF MG	29-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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00			04/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 88,00	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/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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-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 04/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--