



2572895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 2 / 2 5	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14709127	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 2 / 2 6
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 3 6 5 6 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705606477086417
13-Nome SAMIRES HORANA FURTADO 24/02/2002		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMIRES HORANA FURTADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATO MEDEIROS	18-Número no CRO 14614	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 0 8 1 4 9 0 9 4 5	22-Nome do Contratado Executante RENATO MEDEIROS	23-Número no CRO 14614	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RENATO MEDEIROS		27-Número no CRO 14614	28-UF SC	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	5 3 3	0 0				N	
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4	0 0				N	
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 5 4 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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) 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 Ato 85200158 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85200158 Necessario anexar radiografia no site para pagamento Ato 81000421 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao
--

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 Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--