



318725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 02/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7603366	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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 30/03/1979		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano KAREN REGINA MACIEL COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
26-Nome do Profissional Executante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO		27-Número no CRO 13475	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/08/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/08/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/08/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/08/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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, 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

10.641.122/0001-10 CIOR CENTRO INTEGRADO			
---	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2020 Eliane A. Barbosa Bisinoto CRO-MG 13475 CPF:73488208672	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2020 Eliane A. Barbosa Bisinoto CRO-MG 13475 CPF:73488208672	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2020 Eliane A. Barbosa Bisinoto CRO-MG 13475 CPF:73488208672	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2020 DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA LTDA Rua Tupaciguara,601 B. Aparecida - CEP 38400-618 Uberlândia - MG
--	--	--	---