



447891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/12	4-Data de Autorização 18/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173249	7-Data Validade da Senha 05/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533580100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ITATIANE DE FATIMA SILVA OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITATIANE DE FATIMA SILVA OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES		18-Número no CRO 39072	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05177304647		22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/21		Stations
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Stations
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Stations
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Stations
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Stations
6-												Stations
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21	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 174,00	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 20/01/21 Montes claus Vanilce Moraes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21 Montes claus Vanilce Moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 Stations de Fatiane S. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21 Montes claus Vanilce Oliveira Moraes Cirurgião Dentista CRO 39072
--	--	--	--