



336495
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/2012	4-Data de Autorização 13/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692349	7-Data Validade da Senha 06/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252841600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LAIS CRISTINA RIBEIRO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA CRISTINA DA SILVA RIBEIRO	
22-07/1998					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S
Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200				

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	13/07/20		spais.e
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		spais.e
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		spais.e
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		spais.e
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		spais.e
6	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00		S	20/07/20		spais.e
7	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OPD	1	122,00	0,00		S	20/07/20		spais.e
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		spais.e
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		spais.e
10	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	28/07/20		spais.e
11	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	28/07/20		spais.e
12	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	28/07/20		spais.e
13	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		spais.e
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/07/20	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 808,00	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 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 28/07/20 <i>Yuri de Almeida Marques</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/07/20 <i>Yuri de Almeida Marques</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20 <i>spais Cristina Ribeiro</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------