



410923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/11/20		4-Data de Autorização 10/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8019930		7-Data Validade da Senha 02/02/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202532674100000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JOSIANE APARECIDA DIAS						14-Telefone 17/12/1987		15-Nome do titular do plano JOSIANE APARECIDA DIAS							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
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 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634				22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES				23-Número no CRO 18211		24-UF MG					
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES						27-Número no CRO 18211		28-UF MG		29-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100200					
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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	10/11/20		Josiane			
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00		S	10/11/20		Josiane			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		Josiane			
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	10/11/20		Josiane			
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	12/11/20		Josiane			
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	12/11/20		Josiane			
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/20		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 569,00		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 Imagens analisadas.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/20 [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			