



450478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/12	4-Data de Autorização 11/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8182199	7-Data Validação da Senha 10/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534600500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZA MIRELLE FIGUEIREDO DE ALMEIDA		14-Telefone 05/03/1990	15-Nome do titular do plano LUIZA MIRELLE FIGUEIREDO DE ALMEIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Replão	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/01/21		Stivalle
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/01/21		Stivalle
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/01/21		Stivalle
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/01/21		Stivalle
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/01/21		Stivalle
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			14/01/21		Stivalle
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	61,00	0,00			09/02/21		Stivalle
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	61,00	0,00			24/03/21		Stivalle
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 310,00	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 07/10/21 montes elias	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/21 Vanilce moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 Luiza Mirelle Figueiredo de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/21 Vanilce Oliveira Moraes Cirurgião Dentista CRO 39072
--	--	---	---