



432927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/12/2019		4-Data de Autorização 09/11/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8111481		7-Data Validade da Senha 02/03/2021		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532742300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VILMARA DO NASCIMENTO BRAGA DOS PASSOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VILMARA DO NASCIMENTO BRAGA DOS PASSOS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS				18-Número no CRO 41976		19-UF MG		20-Código CBO S 01		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699		22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA				23-Número no CRO 41976		24-UF MG		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-17		
26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA						27-Número no CRO 41976		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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17		1	533,00	0,00			02/12/2019		Wilmara Passos
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 533,00		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 02/12/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2019 Wilmara Passos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/2019
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PLUS LTDA.
CNPJ: 21.401.745/0001-32
CRO-MG 4470

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976