



309750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2014	4-Data de Autorização 10/09/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7537353	7-Data Validade da Senha 12/19/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020102152172121110101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE APARECIDA DE OLIVEIRA	14-Telefone 14/07/1979	15-Nome do titular do plano JAQUELINE APARECIDA DE OLIVEIRA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	18-Número no CRO 28660	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051734141126101	22-Nome do Contratado Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	23-Número no CRO 28660	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	27-Número no CRO 28660	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	611,00	0,00			09/06/2020		<i>Jacqueline Ladeia Vieira</i>
2-1										09/06/2020		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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 611,00	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 09/06/2020	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2020	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2020	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 09/06/2020
---	---	---	---

Jacqueline Ladeia Vieira
ESPECIALISTA EM ORTODONTIA
CRO/MG 28660