



472359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 472359	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533062700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAIME GERALDO PAULINO	14-Telefone 23/07/1965 () -	15-Nome do titular do plano JAIME GERALDO PAULINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAISSA CARVALHO DE FARIA	18-Número no CRO 46590	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39717795819	22-Nome do Contratado Executante RAISSA CARVALHO DE FARIA	23-Número no CRO 46590	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAISSA CARVALHO DE FARIA	27-Número no CRO 46590	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-												
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 000	47-Valor Total R\$ 000	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
Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--