



629025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/21	4-Data da Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8843634	7-Data Validade da Guia 19/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540078100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATO WESLEY CAMILO DA LUZ		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano RENATO WESLEY CAMILO DA LUZ	

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Alcance a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES	18-Número no CRO 51087	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04212478609	22-Nome do Contratado Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES	23-Número no CRO 51087	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		27-Número no CRO 51087	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 Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/07/21		Renato
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/07/21		Renato
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/07/21		Renato
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			22/07/21		Renato
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/07/21		Renato
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 178,00	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(ram) 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 22/07/21 José Lucas Santos Esteves Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 22/07/21 José Lucas Santos Esteves Cirurgião - Dentista CRO-MG 51087	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21 Renato Wesley Camilo da Luz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--