



425842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/3/11/20	4-Data de Autorização 2/5/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081941	7-Data Validade da Senha 2/1/02/21
---------------------------------	---	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531806400000102		13-Nome RAFAELA DIAS SANTOS		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE DOS SANTOS		16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 29/07/2004			

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			15/11/20		10/10
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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 61,00	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) em 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 contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/20 <i>Allice de Lacerda Marques</i> Cirurgiã Dentista CROMG 18211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20 <i>Allice de Lacerda Marques</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 <i>Carlos Henrique dos Santos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------