



218973
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/19	4-Data de Autorização 24/08/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6949511	7-Data Validade da Senha 15/11/19
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025223020000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOELSON JAIR NUNES DE MATTOS		14-Telefone (48) 9734-3035		15-Nome do titular do plano JOELSON JAIR NUNES DE MATTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279		24-UF MG	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		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 de Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDP	1	122,00	0,00		S	/ /		FLOSO 3031
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 122,00	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), foram realizados 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 17/08/19 J.R. Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/19 J.R. Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--