



453987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196769	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202534261200000101					
13-Nome ANA CLAUDIA BARBOSA AMARAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA BARBOSA AMARAL		
		10/08/1987			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 39072	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES	23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05177304647		22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		26-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072	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	18	O	1	6,100	0,00	0,00	S	26/01/21		Ana
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6,100	0,00	0,00	S	26/01/21		Ana
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	8,800	0,00	0,00	S	21/01/21		Ana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1º atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	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 29/01/21 montes claus	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 montes claus	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 Ana Claudia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21 montes claus
--	--	---	--

Vanilce Moraes

Vanilce Moraes

Barbosa Amaral

Vanilce Oliveira Moraes
Cirurgião Dentista
CRO 39072