



391133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064 14	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938996	7-Data Validade da Senha 04/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532490400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 00/00/00
13-Nome ANA ELIZA OVIDIO FERREIRA			14-Telefone (00) 00000000		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 00000000000000000000
15-Data de Nascimento 21/08/1967					
15-Nome do titular do plano ANA ELIZA OVIDIO FERREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 00000000000000000000		26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG
29-Código CBO S 00000000000000000000					

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/10/20		Ana
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			09/10/20		Ana
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09/10/20		Ana
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09/10/20		Ana
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09/10/20		Ana
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início / Término do Tratamento 09/10/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---	-----------------------------------	--

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 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 com o previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/20 <i>Guadalupe Marques</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 <i>Guadalupe Marques</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 <i>Ana Eliza Ovidio Ferreira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 00/00/00
---------------	---	---	---	--