



390016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934446	7-Data Validade da Senha 03/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510430500015403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EMANUELLE ARAUJO SILVA ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAURO FERREIRA DE ALMEIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 41976	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699	22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA	23-Número no CRO 41976	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/11/20		
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 34,00	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	CNPJ: 21.401.745/0001-32 CRO-MG 4470
---------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20
---	---	---	---