



495789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 11/03/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8374038	7-Data Validade da Série 08/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade de Carteira 11/03/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
9-Número da Carteira 002025351968000000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ANTONIO LUCAS VIANA DO NASCIMENTO		14-Telefone 08/05/1988	15-Data de nascimento () () () () () ()		
		16-Nome do titular do plano ANTONIO LUCAS VIANA DO NASCIMENTO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 11645		19-UF DF	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAEL RENAN FERRAO ESCAFURA	21-Número no CRO 11645	22-UF DF	23-Código CNEB		
21-Código na Operadora (CNPJ) / CUP 0112141119158	22-Nome do Contratado Executante RAFAEL RENAN FERRAO ESCAFURA	23-Número no CRO 11645	24-UF DF	25-Código CBO B		
25-Nome do Profissional Executante RAFAEL RENAN FERRAO ESCAFURA		26-Número no CRO 11645	27-UF DF	28-Código CBO B		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-00	815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00	0,00	8	12/03/21	X Antonio
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/21	44-1º de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UB 88,00	47-Valor Total R\$ 3340	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) e/ou o(s) exame(s) aqui, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu conhecimento 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, conforme previsto em contrato.

49-Operadora	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/03/21	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
--------------	---	--	---	---