



415188
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036861	7-Data Validade da Senha 07/02/21
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533105400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/08/1979	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS
--	-------------------------------------	--

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
---	---	----------------------------------	--------------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			17/11/20		Elaine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	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 61,00	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 realizado 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 Cirurgiã Dentista CROMG 18211

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/20 <i>Alace de Marques</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20 <i>Alace de Marques</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/11/20 <i>Elaine dos Santos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------