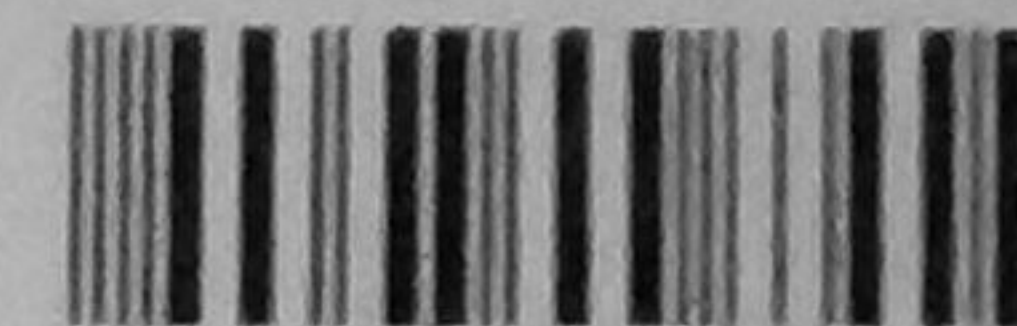




613105
INTERCÂMBIO

1-Registro AAB 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/07/21		4-Data de Autorização 15/07/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8793307		7-Data Validade da Guia 06/10/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535065700000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANETE SILVA DE AQUINO													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano WALLACE RODRIGUES DA SILVEIRA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES						18-Número no CRO 51087		19-UF MG		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04212478609		22-Nome do Contratado Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES						23-Número no CRO 51087		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-21	
26-Nome do Profissional Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES													
27-Número no CRO 51087													
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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00			15/07/21		Vanete	
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 258,00		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 15/07/21 José Lucas Santos Esteves CRO-MG 51087			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/21 José Lucas Santos Esteves CRO-MG 51087			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/21 Vanete S. Aquino			53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/07/21				