



1383969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 3 / 2 3	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1383969	7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 6 / 2 3
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202552975700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS BUENO	() -	RITA DE CASSIA DE FRAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLARICE ESCOBAR DURO	18-Número no CRO 28507	19-UF RS	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 46148729000100	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ESCOBAR XAVIER LTDA	23-Número no CRO 28507	24-UF RS	25-Código CNES 2917572
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARICE ESCOBAR DURO	28507	RS	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa