



1668363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/23	4-Data de Autorização 23/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11838402	7-Data Validade da Senha 29/01/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202551130000001803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICO AUTONOMO DE AGUA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FRANCIELY EXPEDITA FIGUEIREDO DOS REIS	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano EDMAR FRANCISCO DOS REIS
---	--------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO	18-Número no CRO 35920	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06646649626	22-Nome do Contratado Executante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO	23-Número no CRO 35920	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO	27-Número no CRO 35920	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	02/12/23		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	05/12/23		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de 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 547,00	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 Solicitante 23/11/23 Mariana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/23 Mariana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/23 Edmar F. dos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/23
---	---	---	---

Cirurgiã Dentista
CRO - MG 35920