



2085569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 1 0 / 2 4	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13147830	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 1 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 8 1 3 1 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAIRA TOMAIN BRACARENSE	18-Número no CRO 58748	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 9 6 1 8 6 1 6 2 3	22-Nome do Contratado Executante MAIRA TOMAIN BRACARENSE	23-Número no CRO 58748	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAIRA TOMAIN BRACARENSE		27-Número no CRO 58748	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	2 5 8, 0 0	0, 0 0		S	30 10 24		
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 2 5 8, 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 30 10 24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30 10 24 T. Bracarense rgia dentista MG 58748	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30 10 24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30 10 24 T. Bracarense rgia dentista MG 58748
---	--	---	--