



1881708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/24	4-Data de Autorização 13/05/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12479252	7-Data Validade da Senha 11/08/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251142358000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FRANCISCO ELENILSON ALMEIDA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO ELENILSON ALMEIDA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALBERTO FARIA DE OLIVEIRA NETO	18-Número no CRO 4391	19-UF CE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05339303000157	22-Nome do Contratado Executante MEGADENT SERVICOS ODONTOLOGICOS S/C LTDA	23-Número no CRO 4391	24-UF CE	25-Código CNES 7819501	
26-Nome do Profissional Executante ALBERTO FARIA DE OLIVEIRA NETO		27-Número no CRO 4391	28-UF CE	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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	21		1	73,00	0,00		S	18/08/24		
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	18/08/24		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	18/05/24		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	18/05/24		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	18/05/24		
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	18/05/24		
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 417,00	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 18/05/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/24
---	---	---	---

Dr. Alberto Faria

Francisco Elenilson Almeida

Dr. Alberto Faria
CRO 4391