



659222
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935251	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202540365500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANGELA MARIA DOS SANTOS COSTA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELA MARIA DOS SANTOS COSTA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA DE CARVALHO RODRIGUES	18-Número no CRO 2145	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24585548300	22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA DE CARVALHO RODRIGUES	23-Número no CRO 2145	24-UF CE	25-Código CNES (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA DE CARVALHO RODRIGUES
		27-Número no CRO 2145	28-UF CE	29-Código CBO S (I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MO	1	88,00	0,00		S	13/08/2021		Angela
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	13/08/2021		Angela
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MI	1	88,00	0,00		S	13/08/2021		Angela
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento 13/08/21	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 264,00	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 Contratado-Responsável Solicitante 13/08/21 VERA LUCIA DE CARVALHO RODRIGUES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21 Angela Maria dos Santos Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------