



385311  
INTERCÂMBIO

|                                                                         |                                         |                                     |                                                                                            |                                                                |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/09/2012 | 4-Data de Autorização<br>01/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                                      | 6-Número da Guia Principal<br>7914655                          | 7-Data Validade da Senha<br>28/12/2012 |
| 8-Dados do Beneficiário<br>8-Número da Carteira<br>00202531723400000101 |                                         |                                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                             | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                           | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |
| 13-Nome<br>ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ                              |                                         |                                     | 14-Telefone<br>12/02/1971                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                |                                         |                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES |                                                                | 18-Número no CRO<br>2417               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>24172774334                      |                                         |                                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CLARISSA PASSOS CHAVES                             |                                                                | 23-Número no CRO<br>2417               |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>ANA CLARISSA PASSOS CHAVES        |                                         |                                     | 27-Número no CRO<br>2417                                                                   |                                                                | 29-Código CBO S<br>02                  |
|                                                                         |                                         |                                     | 19-UF<br>CE                                                                                |                                                                | 20-Código CBO S<br>02                  |
|                                                                         |                                         |                                     | 24-UF<br>CE                                                                                |                                                                | 25-Código CNES                         |
|                                                                         |                                         |                                     | 28-UF<br>CE                                                                                |                                                                | 29-Código CBO S                        |

025 -  
Faturar Empresa

| 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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 34              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Rosania       |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 35              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Rosania       |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 44              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Rosania       |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>183,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido todos 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) 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<br>Cirurgia Buco - Maxilo - Facial<br>CRO-CE 2417 CPF 241727743-34<br>Tel: (85) 3109-5902 / 9.9927-49 | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>15/10/20 epe. | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/10/20 epe. | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/10/20 Rosania Tereza Alves de Queiroz | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|