



1690274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/23	4-Data de Autorização 24/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11903806	7-Data Validade da Senha 19/02/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534362300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELAINE CRISTINA GALDINO PINTO		14-Telefone 17/05/1979	15-Nome do titular do plano MILENA CARI GALDINO PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS		18-Número no CRO 8392	19-UF PB	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49455813000165	22-Nome do Contratado Executante SUELEN FARIAS C DOS SANTOS LTDA		23-Número no CRO 8392	24-UF PB	25-Código CNES 4177746
26-Nome do Profissional Executante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS		27-Número no CRO 8392	28-UF PB	29-Código CBO S	Envia - RX (I) 85100200 (II) 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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	24/11/23		Elaine
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00		S	24/11/23		Elaine
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	24/11/23		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VL	1	88,00	0,00		S	24/11/23		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	LD	1	88,00	0,00		S			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
						1-Total 2-Parcial	371,00	0,00				

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 24/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/23	53-Data, local e Carimbo 24/11/23
---------------	---	---	---	--------------------------------------

* Elaine Cristina Galdino Pinto

Carimbo e Assinatura do Profissional Responsável
CNPJ: 49.455.813/0001-65
RUA: RUA DA LARANJEIRA, 100 - JARDIM...
Cidade: João Pessoa - PB