



1380284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/03	4-Data de Autorização 10/04/04	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11016559	7-Data Validade da Semha 18/10/16
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020253131399000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JARDEL DA SILVA NASCIMENTO					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARIA MADALENA CHAVES DE LIMA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO NEWS MACAPA	18-Número no CRO 433	19-UF AP	20-Código CBO S 06	21-Valor 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1198980360001162	22-Nome do Contratado Executante K E F FAVACHO	23-Número no CRO 433	24-UF AP	25-Código CMES 9999999	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO	27-Número no CRO 433	28-UF AP	29-Código CBO S		

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
1-000815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VD	1	1	88,00	0,00	0,00	0	16/04/12	x Sordel
2-000815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MV	1	1	88,00	0,00	0,00	0	16/04/12	x Sordel
3-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0	16/04/12	x Sordel
4-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0	16/04/12	x Sordel
5-											
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	298,00	0,00	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 me por mim assinado(s). Ifforram realizado(s) em conformidade com a legislação vigente e a 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.

Kelson E. F. Favacho **Nelson E. F. Favacho**

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	10/01/04	06/04/12	06/04/12	

Cirurgião Dentista
CRO AP 433

Cirurgião Dentista
CRO AP 433

x Sordel da Silva Nascimento