



1340882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012		4-Data de Autorização 04/10/2012		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10899476		7-Data Validade da Sentença 16/10/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202055313990000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Certificado Nacional de Saúde			
13-Nome JARDEL DA SILVA NASCIMENTO		30/11/1997		14-Telefone () - - - - -		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		25-Código CHES 99999999	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11918980360001162		22-Nome do Contratado Executante K E F FAVACHO		23-Número no CRO 433		24-UF AP		25-Código CBO S		28-UF AP	
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	04/10/2012	13	x508del
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	04/10/2012	13	x508del
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	04/10/2012	13	x508del
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	04/10/2012	13	x508del
5-00081100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	04/10/2012	13	x508del
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
	1-Atendimento	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	0,00						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 **Dr. F. FAVACHO** (CPF: **04/10/2012**) foi/foram realizado(s), foi/foram realizado(s) em meu nome, e por mim assinado(s). 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Cirurgião Dentista
CRO AP 433
Cirurgião Dentista
CRO AP 433

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/10/2012
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/10/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/10/2012

Jardel da Silva Nascimento