



385316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/03/2012	4-Data de Autorização 01/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7914686	7-Data Validade da Senha 28/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202531723400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYS KELLY ALVES SILVA 29/03/2012		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24172774334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES		27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		Rosania
2.	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	13/10/20		Rosania
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 106,00	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 Ana Clarissa Passos Chaves Cirurgiã Buco - Maxilo - Facial CRO-CE 2417 CPF 24172743-34	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20 eke	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 eke	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--