



655622
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011		4-Data de Autorização 11/10/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8924515		7-Data Validade da Senha 09/11/2011			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202539974700000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número da Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LETICIA TAVARES DE ANDRADE						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LETICIA TAVARES DE ANDRADE					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES				18-Número no CRO 2417		19-UF CE		20-Código CBO S 02			
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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MO	1	88,00	0,00		S	13/08/21		Leticia	
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	13/08/21		Leticia	
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	13/08/21		Leticia	
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	13/08/21		Leticia	
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 352,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente informado 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 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 <i>Ana Clarissa Passos Chaves</i> Cirurgiã Buco - Maxilo - Facial CRO-CE 2417 CPF-241727743-34 Tel: (85) 3100-5902 / 9.9927-494 <i>Leticia Tavares de Andrade</i>													
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 13/08/21 CP		51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 13/08/21 CP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					