



1463879
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2015 11:23	4-Data de Autorização 12/04/2015 11:23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11255356	7-Data Validade da Senha 12/12/2018 11:23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020256575700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALZIRA CAVALCANTE MENDES					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ALZIRA CAVALCANTE MENDES					
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-Código CHES 9999999
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 198980360000162	22-Nome do Contratado Executante KEF FAVACHO	23-Número no CRO 433	24-UF AP	25-Código CBO S	26-Número do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1
3-					
4-					
5-					
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-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1122000	00000	00000
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), foram realizados 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, conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
24/05/23					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
24/05/23					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
24/05/23					
53-Data, local e Círculo da Empresa					

* Alzira Cavalcante Mendes