



401141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2020	4-Data de Autorização 21/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979925	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531018700000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA LIBIA DANTAS CAVALCANTE	14-Telefone 10/12/1955	15-Nome do titular do plano VALDEMAR MOREIRA CAVALCANTE
--	---------------------------	--

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	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 CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

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 Ciosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
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 183,00	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 Imagens analisadas	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
-------------------------------------	---	---	---	-------------------------------------