



688458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/21	4-Data de Autorização 31/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9012217	7-Data Validade da Senha 29/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539889300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA TAVARES DA COSTA SALES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATALIA TAVARES DA COSTA SALES	

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 CBD 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 CBD 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Natalia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Natalia
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Natalia
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Natalia
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Natalia
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 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que não 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, conforme 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 no contrato.

49-Observação Tel: (85) 3400-6902	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Natalia Tavares da Costa Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--------------------------------------	---	---	---	--