



373684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863483	7-Data Validade da Senha 10/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202508822800028401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ATI BRASIL ARTIGOS TECNICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO CLEBIO FELIX BANDEIRA		14-Telefone (85) 3099-1500	15-Nome do titular do plano FRANCISCO CLEBIO FELIX BANDEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA NADIR TAVARES MEIRELES	18-Número no CRO 437	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01346830304	22-Nome do Contratado Executante MARIA NADIR TAVARES MEIRELES	23-Número no CRO 437	24-UF CE	25-Código CNES (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARIA NADIR TAVARES MEIRELES		27-Número no CRO 437	28-UF CE	29-Código CBO S (I) 85100200

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/10/2019		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00			22/10/2019		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			23/10/2019		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00			14/10/2019		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00			14/10/2019		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			26/10/2019		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			26/10/2019		
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			26/10/2019		
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			26/10/2019		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/2019	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 503,00	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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2019
---------------	---	---	---	---

Maria Nadir Tavares Meireles
CRO 437 - ISS. 50251-7

Maria Nadir Tavares Meireles
CRO 437 - ISS. 50251-7