



683379
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2019	4-Data de Autorização 02/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8996474	7-Data Validade da Senha 25/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253997150000101									
13-Nome FRANCISCO ALVES JARDIM FILHO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FRANCISCO ALVES JARDIM FILHO			
				27/10/1978					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIA NADIR MEIRELES ROCHA		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 MEIRELES ROCHA		23-Número no CRO 437		24-UF CE		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MARIA NADIR MEIRELES ROCHA				27-Número no CRO 437		28-UF CE		29-Código CBO S					

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		S	10/02/2020		FO ANES
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/09/2020		FO ANES
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/09/2020		FO ANES
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/09/2020		FO ANES
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/09/2020		FO ANES
6-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	10/08/2020		FO ANES
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2021	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 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

Maria Nadir Meireles Rocha
CRO 437 - ISS. 50351-7

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2019
---	---	---	---

Maria Nadir Meireles Rocha
CRO 437 - ISS. 50351-7