



320758
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/04/2019	4-Data de Autorização 10/05/2019	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7614975	7-Data Validade da Sentença 10/02/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253031000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome RANGEL MARQUES DA FONSECA	30/11/1984	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CLARICE LIMA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matricula a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19181948113253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código ONES
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CEO 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
1-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	1	73,00	0,00	0,00	1	07/12/01	Rangel
2-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	1	73,00	0,00	0,00	1	07/12/01	Rangel
3-00082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	1	73,00	0,00	0,00	1	07/12/01	Rangel
4-00082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	1	73,00	0,00	0,00	1	07/12/01	Rangel
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	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), foforam 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 10/06/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/2019	53-Data, local e Cálculo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Rangel Marques da Fonseca