



404574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994385	7-Data Validade da Senha 24/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528903100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SABRINA SOUSA FIGUEREDO		14-Telefone 09/11/1998	15-Nome do titular do plano SABRINA SOUSA FIGUEREDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	18-Número no CRO 458	19-UF AP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 75556766215	22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Número no CRO 458	24-UF AP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-25
26-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU		27-Número no CRO 458	28-UF AP	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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00			16/11/20		Sabrina
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	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 258,00	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 Enviar rx inicial e final na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/20 Sabrina Sousa Figueredo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------