



656102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/21	4-Data de Autorização 11/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8926026	7-Data Validade da Senha 09/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253988930000101		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 25/12/1979	15-Nome do titular do plano NATALIA TAVARES DA COSTA SALES
---	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S 02	25 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------

21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 24172774334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO S	(I) 85100218
--	--------------------------	-------------	-----------------	--------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	PO	1	88,00	0,00		S	11/08/21		Natalia
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	11/08/21		Natalia
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMP	1	122,00	0,00		S	11/08/21		Natalia
4-												Natalia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Prótese 5-Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	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), foram realizados em 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 estabelecido em contrato.

49-Observações

 Tel: (85) 3109-5902 / 9927-434

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--