



1440662
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2015	4-Data de Autorização 08/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11190468	7-Data Validade da Senha 06/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202547302500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DAS DORES CARDOZO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CARDOZO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA DE MENEZES DOS ANJOS SANTOS	18-Número no CRO 2616	19-UF SE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2606260000194	22-Nome do Contratado Executante CLINICA SOCORRODONGO LTDA	23-Número no CRO 2616	24-UF SE	25-Código CNES 9154760
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA DE MENEZES DOS ANJOS SANTOS		27-Número no CRO 2616	28-UF SE	29-Código CBO 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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	73,00	0,00			08/10/2015		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 73,00	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 08/10/2015, Rafaela Menezes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2015, Rafaela Menezes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2015, X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2015, Rafaela Menezes
--	--	--	--

Dra. Rafaela Menezes
CRO 2616