



463738
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 7 / 0 4 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8241658

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 8 / 0 2 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia
2 7 / 0 1 / 1 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 3 4 7 0 5 1 2 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FRANCISCA RIZESONIA FERREIRA

23/10/1984

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
FRANCISCA RIZESONIA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
STELLA BARBARA FERNANDES DE MACEDO

18-Número no CRO
2613

19-UF
RN

20-Código CEO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 2 3 9 1 1 5 3 4 4 8 5

22-Nome do Contratado Executante
STELLA BARBARA FERNANDES DE MACEDO

23-Número no CRO
2613

24-UF
RN

25-Código CNES

26-UF
RN

27-Número no CRO
2613

28-Código CEO S

26-Nome do Profissional Executante
STELLA BARBARA FERNANDES DE MACEDO

27-Número no CRO
2613

28-UF
RN

29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	44	V	1	3 4 1 0 0	0,00	0,00	0	21/11/21	Francisca
2	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0	21/11/21	Francisca
3	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0	21/11/21	Francisca
4	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0	21/11/21	Francisca
5	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prescrição Termino do Tratamento
0 8 / 1 0 / 2 1 2 1

44-Tipo de Atendimento
1 1-Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1 1-Total 2 Parcial

46-T-Total Quantitativo US
2 7 8 1 0 0

47-Valor Total R\$

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), fo(ri)ram 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
0 8 / 1 0 / 2 1 2 1 2 1
Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ / /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / /

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / /

Francisca Rizesônia Ferreira