



401193
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/10/20		4-Data de Autorização 22/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7980158		7-Data Validade da Senha 19/01/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020253172340000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES				18-Número no CRO 2417		19-UF CE		20-Código CBO S 02			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24172774334		22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES				23-Número no CRO 2417		24-UF CE		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES						27-Número no CRO 2417		28-UF CE		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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	22/10/20		Rosania	
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	22/10/20		Rosania	
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	22/10/20		Rosania	
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 183,00		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 22/10/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa													