



395766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7957991	7-Data Validade da Senha 12/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531018700000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA LIBIA DANTAS CAVALCANTE 10/12/1955			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDEMAR MOREIRA CAVALCANTE	

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		025 - Faturar Empresa	
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					

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Boca - Maxila - Facial CBO-CE 2417 CPF 24172774334 15/10/20		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	---	--	---	--	---	--	--	--