



2358753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14030792	7-Data Validade da Senha 22/10/2015
8-Número da Carteira 002025122700000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA GOMES FIALHO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ EDUARDO FUJII	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07844893940		22-Nome do Contratado Executante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE		23-Número no CRO 30190	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE		27-Número no CRO 30190		28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S		19-UF PR		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	

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	23	P	1	61,00	0,00	S	24/10/2015			Juliana
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	L	1	61,00	0,00	S	24/10/2015			Juliana
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	S	24/10/2015			Juliana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2015	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 210,00	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 24/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2015
---------------	---	---	---	---

Dra. Aline Pilege
Cirurgiã Dentista
CRO: 30190