

2354095
INTERCÂMBIO

7-Data Válidade da Senha

18 / 09 / 2015

6-Número da Guia Principal

14016821

5-Senha

AUTORIZADO

4-Data de Autorização

12 / 06 / 2015

3-Data de Emissão da Guia

12 / 06 / 2015

1-Registro ANS

406414

Dados do Beneficiário

B-Número da Carteira

0101202511222227000101011

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

/ /

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Teléfono

() - - - - -

13-Nome

ELIANE DA SILVA SOARES

16-Alimentação a RU

N

17-Nome do Profissional Solicitante

LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA

15-Dia do Contrato Responsável pelo Tratamento

16/09/1992

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1422910200198

Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100200

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

25-Código CINES

6021638

24-U.F.

SP

23-Número no CRO

94990

18-Número no CRO

94990

19-U.F.

SP

29-Código CBO S

28-U.F.

SP

27-Número no CRO

94990

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

35-Qntidade US

34-Faixa

33-Dente/Régulo

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

31-Código do Procedimento

30-Tabela

44-Tipo de Atendimento

Termino do Tratamento

43-Data Previsão Término do Tratamento

/ /

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Totat Quantidade US

1716100

47-Total Franquia / Co-participação R\$

48-Totat Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do 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

~~Louise Molina A.D.A.~~
~~Cirurgia Dentista~~
~~CP 94990~~