



2-Nº

372269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 09/12/01	4-Data de Autorização 11/14/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856865	7-Data Validade da Senha 01/08/11 12/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0002020253061316000000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número de Cartão Nacional da Saúde
13-Nome LUSIA PEREIRA DA SILVA MARTINS	10/01/1978	14-Telefone () 7 12 3 3 1 7 2 3 8	15-Nome do titular do plano SAUL FERREIRA MARTINS NETO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1175516128897	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-27
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---

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 Glusa 42-Assinatura
1-0	01852010158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00		S	20/11/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Provisão 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 Quantitativo US 533,00	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome por conta de beneficiário o valor devido por este 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 20/11/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20
---	---	---	---

CRO 94101

Av. São João, 473 - Fone São João

533,00 local e Cartão Nacional da Saúde Tel. 4528-3559

