



434689

INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118178	7-Data Validade da Guia 04/11/2012	
8-Endereço do Beneficiário 002025335137000000101						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome CARINA PASSOS BENTO			14-Telefone 21/09/1980		15-Nome do Mito do plano CARINA PASSOS BENTO	

16-Identificação e REN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR		18-Número no CRO 40774		19-UF RJ		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR		23-Número no CRO 40774		24-UF RJ		25-Código CBO S		26-Código CNES		27-Nome do Profissional Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR		28-Número no CRO 40774		29-UF RJ		30-Código CBO S		31-UF RJ		32-Código CBO S		33-UF RJ		34-UF RJ		35-UF RJ		36-UF RJ		37-UF RJ		38-UF RJ		39-UF RJ		40-UF RJ		41-UF RJ		42-UF RJ		43-UF RJ		44-UF RJ		45-UF RJ		46-UF RJ		47-UF RJ		48-UF RJ		49-UF RJ		50-UF RJ		51-UF RJ		52-UF RJ		53-UF RJ		54-UF RJ		55-UF RJ		56-UF RJ		57-UF RJ		58-UF RJ		59-UF RJ		60-UF RJ		61-UF RJ		62-UF RJ		63-UF RJ		64-UF RJ		65-UF RJ		66-UF RJ		67-UF RJ		68-UF RJ		69-UF RJ		70-UF RJ		71-UF RJ		72-UF RJ		73-UF RJ		74-UF RJ		75-UF RJ		76-UF RJ		77-UF RJ		78-UF RJ		79-UF RJ		80-UF RJ		81-UF RJ		82-UF RJ		83-UF RJ		84-UF RJ		85-UF RJ		86-UF RJ		87-UF RJ		88-UF RJ		89-UF RJ		90-UF RJ		91-UF RJ		92-UF RJ		93-UF RJ		94-UF RJ		95-UF RJ		96-UF RJ		97-UF RJ		98-UF RJ		99-UF RJ		100-UF RJ	
-----------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	----------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico de Base	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/11/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/11/2012		
6	0081000042	RX PERIAPICAL	RRI		1	14,00	0,00			21/11/2012		
7	0081000042	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			21/11/2012		
8	0081000042	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			21/11/2012		
9	0081000042	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			21/11/2012		
10	0081000042	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			21/11/2012		
11	0081000042	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			21/11/2012		
12	0081000042	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			21/11/2012		
13	0081000042	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			21/11/2012		
14												
15												

43-Data Prevista Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Considerado US	47-Medico Total RS	48-Total Franquia / Co-participação RS
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	290,00	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 realizados 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Operador

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO RJ 40774
Especialista Implantodontia