



428148
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 11/2/01 4-Data de Autorização 13/0/11 11/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8091624 7-Data Validade da Senha 12/4/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101210215131622181010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA AGOSTINI MARCOS 20/10/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JESSICA AGOSTINI MARCOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18145716153171091111 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 0 1 0 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
2- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
3- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
4- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
5- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
6- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
7- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
8- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
9- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
10- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
11- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
12- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
13- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
14- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu
15- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 0	0,00		S	23/11/11		17-Semio-Atu

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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-Cabeçalho e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura no Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Bruna Oliveira
 Cirurgiã Dentista
 CRO/RS 26161