



1. Registro AAS 406414 3. Data de Emissão da Guia 04/11/2012 4. Data de Autorização 06/11/2012 5. Semana AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 816729 7. Data Validade da Guia 04/10/2013 8. Data Validade da Guia 04/10/2013 9. Data Validade da Guia 04/10/2013

434274
INTERCÂMBIO

10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validade da Carteira 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome JADE DE ALMEIDA MARCAL 14. Telefone 15. Nome do titular do plano LIDIANE CRISTINA PEREIRA

16. Data de Tratamento 16/02/2018 17. Nome do Profissional Socialista NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA 18. Número no CRO 137593 19. UF SP 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21. Código da Observação CNDJ CFP 22. Nome do Contratado Socialista NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA 23. Número no CRO 137593 24. UF SP 25. Código CNES 26. Nome do Profissional Socialista NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA 27. Número no CRO 137593 28. UF SP 29. Código CBO S

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. Anl	40. Data de Realização	41. Moino da Gisa	42. Assinatura
1	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM		1	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	7,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Previsto 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 Quantidade US 1142,00 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. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012 NATHALIA BATISTELA 51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012 NATHALIA BATISTELA 52. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012 LIDIANE CRISTINA PEREIRA 53. Data local e Carimbo da Empresa