



348376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 0 3 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747871	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 0 4 8 7 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDEANDRESON SANTOS DA SILVA	26/03/2003	14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _	15-Nome do titular do plano ALERANDRESON SANTOS DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTHO-X- ORTODONTIA E RADIOLOGIA	18-Número no CRO 188	19-UF AP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 0 4 4 5 2 2 8 6 6 _ _	22-Nome do Contratado Executante RIVALDO CESAR FLORENCIO BUENO	23-Número no CRO 188	24-UF AP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RIVALDO CESAR FLORENCIO BUENO		27-Número no CRO 188	28-UF AP	29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0	, S		/ /		
2-						, ,	, ,	, ,		/ /		
3-						, ,	, ,	, ,		/ /		
4-						, ,	, ,	, ,		/ /		
5-						, ,	, ,	, ,		/ /		
6-						, ,	, ,	, ,		/ /		
7-						, ,	, ,	, ,		/ /		
8-						, ,	, ,	, ,		/ /		
9-						, ,	, ,	, ,		/ /		
10						, ,	, ,	, ,		/ /		
11						, ,	, ,	, ,		/ /		
12						, ,	, ,	, ,		/ /		
13						, ,	, ,	, ,		/ /		
14						, ,	, ,	, ,		/ /		
15						, ,	, ,	, ,		/ /		

43-Data Previsão 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 _ _ 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ 0 , 0 0	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 _ _ / _ _ / _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--