



2228074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 13594323	7-Data Validade da Senha 12/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511186920000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIELA CARDOSO CANELLA		14-Telefone 29/10/1984	15-Nome do titular do plano EDGAR CORREIA CANELLA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE BORGES NOGUEIRA DE MORAIS	18-Número no CRO 124700	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52432354000109	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE BORGES ODONTOLOGIA ESTETICA LTDA	23-Número no CRO 124700	24-UF SP	25-Código CNES 4529650	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE BORGES NOGUEIRA DE MORAIS		27-Número no CRO 124700	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/Có-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			14/10/2012		
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/10/2012		
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

Dr. Monique Borges de M. C.
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 124.700

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2012
---	---	---	---

Dr. Monique Borges de M. C.
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 124.700



2228077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13594330	7-Data Validade da Senha 12/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511186920000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDGAR CORREIA CANELLA		14-Telefone 24/10/1978	15-Nome do titular do plano EDGAR CORREIA CANELLA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE BORGES NOGUEIRA DE MORAIS		18-Número no CRO 124700	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52432354000109	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE BORGES ODONTOLOGIA ESTETICA LTDA		23-Número no CRO 124700	24-UF SP	25-Código CNES 4529650
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE BORGES NOGUEIRA DE MORAIS		27-Número no CRO 124700	28-UF SP	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	14/04/2012		
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/04/2012		
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 14/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/04/2012
---	---	---	---