



473022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/2012	4-Data de Autorização 11/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8282383	7-Data Validade da Senha 10/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202153468100000102	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILDA TEIXEIRA TIRELLI	14-Telefone 17/02/1970	15-Nome do Tutor do plano WANESSA CRISTINA TIRELLI
-------------------------------------	---------------------------	---

16-Nominação a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ) / CNP 056111359167	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF	25-Código CNEB	Enviar - RX (I) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO 8
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Regime	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes 42-Assinatura
1-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,10	0,10	25,02	21	25/02/2012	85-
2-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,10	0,10	25,02	21	25/02/2012	85-
3-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,10	0,10	25,02	21	25/02/2012	85-
4-00	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	61,10	0,10	25,02	21	25/02/2012	85-
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Final do Tratamento 25/02/2012	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 2171,00	47-Valor Total R\$ 0,10	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(ram) 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.

99-Observação

50-Firma, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Isadora Barreira da Rocha	51-Firma, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Isadora Barreira da Rocha	52-Firma, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Marilda Teixeira Tirelli	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/2012
---	---	--	---