



577330
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/2011	4-Data de Autorização 15/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8674686	7-Data Validade de Senha 06/09/2011
8-Dados do Beneficiário 3-Número da Carteira 00202538718800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Data Validade da Carteira 10/08/2009		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JANIO FABIO DE SOUZA NOGUEIRA	
13-Nome PEDRO ANTONIO SANTOS NOGUEIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA RODRIGUES DE SIQUEIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66600448415		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA RODRIGUES DE SIQUEIRA		23-Número no CRO 5853	
24-UF PE		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-Nome da Profissional Executante PATRICIA RODRIGUES DE SIQUEIRA					
28-UF PE					
29-Código CBO S					
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200					

30-Tabeta	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 de Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			5/06/2011		
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			5/06/2011		
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			5/06/2011		
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			5/06/2011		
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			5/06/2011		
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			5/06/2011		
7-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			5/06/2011		
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			5/06/2011		
9-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			5/06/2011		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/06/2011	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 445,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 15/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

ANEXO 1

Patricia A. de Siqueira
CRO 5853-FE

Janio Fabio de Souza Nogueira