



1629722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2013	4-Data de Autorização 28/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11726813	7-Data Validade da Senha 27/11/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202566249800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA CAROLINA FARIAS DE SOUZA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano SILVIA FARIAS DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA BASILIO DE ANDRADE	18-Número no CRO 22257	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40130104000135	22-Nome do Contratado Executante JCS ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 15715	24-UF SC	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA BASILIO DE ANDRADE		27-Número no CRO 22257	28-UF SC	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/10/2013		
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	14		1	8,00	0,00			28/10/2013		
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 42,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2013, Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/2013 JCS ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 40.130.104/0001-35
---	---	--	--