



680490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/1

4-Data de Autorização 12/5/10 8/12/1

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8987129

7-Data Validade da Senha 12/3/11 1/12/1

8-Número da Carteira 00202538768300000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VAGNER ALVIM CARDOZO

14-Telefone 09/03/1983

15-Nome do titular do plano VAGNER ALVIM CARDOZO

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER

18-Número no CRO 4192

19-UF RS

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 122254668072

22-Nome do Contratado Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER

23-Número no CRO 4192

24-UF RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER

27-Número no CRO 4192

28-UF RS

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/5/10		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/5/10 8/12/1

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 34,00

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 12/5/10 8/12/1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 8/12/1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 8/12/1

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/5/10 8/12/1

Só Odonto
ODONTÓLOGOS ASSOCIADOS LTDA.
04.819.878/0001-04