



423128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Dia de Emissão da Guia 19/11/2012
4-Dia de Anulação 10/11/2012
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8070235
7-Dia Validade da Guia 17/12/2012

8-Número da Carteira 101012102151310913101010101011
9-Pavão POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TALITA BUTINI PEREIRA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano TALITA BUTINI PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA LTDA
18-Número no CRO 51370
19-UF SP
20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114104411858108
22-Nome do Contratado Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR
23-Número no CRO 51370
24-UF SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR
27-Número no CRO 51370
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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0345	DOC ORTODONTICA "A"			1	38	1,00	0,00		10/12/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 10/12/2012
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantias US 381,00
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 no contrato.

49-Observação: X Radiografia e Densitometria

50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Solicitante 10/12/2012
51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 10/12/2012
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/2012
53-Dia, local e Canto da Empresa