



319650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/2010	4-Data de Autorização 03/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608992	7-Data Validação da Senha 31/08/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020252834440000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome APARECIDO CARLOS GONCALVES DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano APARECIDO CARLOS GONCALVES DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL						18-Número no CRO 59922		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878				22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL				23-Número no CRO 59922		24-UF SP		25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL						27-Número no CRO 59922		28-UF SP		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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	7/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/06/10	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 14,00	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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Solicitante Fábio Augusto Curti Miguel C.R.O. SP 59922 CPF 16719116878	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	-------------------------------------