



319647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2010	4-Data de Autorização 08/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608957	7-Data Validade da Senha 31/08/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202522987600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDRA LUCIA MENDES DE QUEIROZ		14-Telefone (11) 9782-3985	15-Nome do titular do plano SANDRA LUCIA MENDES DE QUEIROZ		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL CRISTINA KOYAMA		18-Número no CRO 109231	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31121200869		22-Nome do Contratado Executante RAQUEL CRISTINA KOYAMA		23-Número no CRO 109231	24-UF SP	25-Código CNEC
26-Nome do Profissional Executante RAQUEL CRISTINA KOYAMA		27-Número no CRO 109231		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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	09/06/2010		
2-												
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 61,00	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(ram) 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 08/06/2010 Raquel Koyama	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2010 Raquel Koyama	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/06/2010
---	---	---	---

Raquel C. Koyama
Cirurgiã - Dentista
CRO/SP 109231