



329785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 6-12/06/12 4-Data de Autorização 10/11/10 7-12/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7661674 7-Data Validade da Sentença 12/31/09 12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5303159000001021 9-Fruto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome LORRONY XAVIER ANDRADE SILVA 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano VALDIR SOARES DA SILVA 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-Número no CRO 20497 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1020157710769 22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 27-Número no CRO 20497 28-UF RJ 29-Código CBO S

Piloto 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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
3-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
4-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
5-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
6-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
7-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
8-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
9-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
10-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
11-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
12-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
13-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
14-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
15-0	0	0	0	0	0	0	0	0				
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		
12/05/10	1-1	1-1	106,00	106,00	0,00							

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 Contratado Responsável
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa