



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 09/10/2012 4-Data de Autorização 14/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7693725 7-Data Validade da Senha 07/11/2012

336780
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530616600001001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JOSE ORLANDO TEIXEIRA DA SILVEIRA 02/12/1963 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE ORLANDO TEIXEIRA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84576537091 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clínea	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/11/2012		[Assinatura]
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60				10/11/2012		[Assinatura]
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60				10/11/2012		[Assinatura]
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60				10/11/2012		[Assinatura]
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60				10/11/2012		[Assinatura]
6-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1		73,00				10/11/2012		[Assinatura]
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total US	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$				
	1-Total 2-Parcial					251,00						

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

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161