



431976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 4-Data de Autorização 10/11/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8107505 7-Data Validade da Senha 10/11/13

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 1002025338499000000104 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EMANUEL ENRICO DO CARMO LIMA 14-Telefone 27/10/2010 15-Nome do titular do plano ROBERTA CRISTINA DO CARMO LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139612062870 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faces	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Método da Giosa	42- Assinatura
1-	0084000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	72,00	0,00	0,00	5101	12/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 72,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 01/11/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa Tathiane Moreira da Silva Cirurgião Dentista CRO/SP 125515