



395455
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/10 4-Data de Autorização 14/11/10 5-Série Autorizado 7956616 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade de Santa 12/10/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0020252319300000101 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade de Carteira 12/10/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIANO DOS SANTOS DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano JULIANO DOS SANTOS DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ERMWYN COVAIUC 18-Número no CBO 104442 19-UF SP 20-Código CBO 8 21-Código na Carteira / CBO / CFP 22-Nome do Contratado Beneficiário ERMWYN COVAIUC 23-Número no CBO 104442 24-UF SP 25-Código CNES 26-UF SP 27-Número no CBO 104442 28-UF SP 29-Código CBO 8 30-Valor 025 - 31-Franchise / Participação R\$ 32-Ano 40-Data de Realização 41-Método da Guia 42-Assinatura

33-Quantidade US 34-Franchise 35-CBO 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchise / Participação R\$ 39-Ano 40-Data de Realização 41-Método da Guia 42-Assinatura

30-Teleta	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Franchise	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise / Participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	1	36,00	0,00	36,00	10/10/20			
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	1	36,00	0,00	36,00	10/10/20			
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	1	36,00	0,00	36,00	10/10/20			
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	1	36,00	0,00	36,00	10/10/20			
5-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	1	34,00	0,00	34,00	10/10/20			
6-00												
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 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00

Decido, 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.

48-Observação

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