



395952  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 4-Data de Autorização 12/21/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7658944 7-Data Validação da Guia 11/21/11

8-Número da Carteira 0002025320966000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MATHEUS JOSE MARCIANO VITORIO 10/07/2000 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VANESSA SOARES MARCIANO SILVA

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CBDS 025 - Faturar Empresa 21-Código da Carteira (CNPJ) CPF 22-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 114176 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 de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	134,00	0,00			11/14/11	01/20	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Abandono 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantitativo US 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Observação 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) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/14/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/14/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/14/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa