



392371
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------------|-----------------------------------|--|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/12/10 | 4-Data de Autorização 11/03/11 11/12/10 | 5-Série AUTORIZADO | 6-Nº de Guia Principal 7944266 | 7-Data Validação da Série 10/08/11 01/12/11 |
|--------------------------|--|--|-----------------------|-----------------------------------|--|

| | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 2-Número da Carteira 01020253245560000102 | 6-Plano 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 RAIANE CASSIANO DE SOUZA COSTA | 06/10/2001 | 14-Telefone () - - - - - | 15-Nome do Titular do Plano TIAGO RIBEIRO DUTRA | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|----------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento | | 16-Atendimento a RN N | | 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA | | 18-Número no CRO 114176 | | 19-UF SP | | 20-Código CBO S 025 - | |
| 21-Código na Ordem de Serviço / CBO 319392318854 | | 22-Nome do Contratado Específico JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA | | 23-Número no CRO 114176 | | 24-UF SP | | 25-Código CBO S 26-UF SP | | 27-Código CBO S 28-UF SP | |
| 28-Nome do Profissional Específico JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA | | 29-Número no CRO 114176 | | 30-UF SP | | 31-Código CBO S | | 32-UF SP | | 33-Código CBO S | |

| 30-Teclas | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Rigido | 34-Face | 35-Cat | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0 | 0181000065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 134,00 | 0,00 | | | 10/08/11 01/12/10 | | Raiane |
| 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 Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoforma 4-Implante/engenharia | 1-Total 2-Parcela | 34,00 | 0,00 | |

Declaração, 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), foram realizados 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.

85-Operante

| | | | |
|--|--|--|---|
| 30-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/11 01/12/10 | 31-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/11 01/12/10 | 32-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/11 01/12/10 | 33-Data, local e Cópia da Empresa 11/11/11 |
|--|--|--|---|

João Paulo Avila de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 114176

João Paulo Avila de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 114176

João Paulo Avila de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 114176