



616903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8804294	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 0020252794290000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEITOR DA SILVA BRITO		14-Telefone (11) 2996-1984	15-Data Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IVETE APARECIDA MISSEL	18-Número no CRO 124608	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44169619870	22-Nome do Contratado Executante IVETE APARECIDA MISSEL	23-Número no CRO 124608	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante IVETE APARECIDA MISSEL		27-Número no CRO 124608	28-UF SP	29-Código CBO S	

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 Ciosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			10/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/10/2012		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			12/3/2012		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			12/3/2012		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MO	1	88,00	0,00			12/3/2012		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 354,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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 Solicitante 13/10/2012 Dr. Ivete Ap. Missel Cirurgiã Dentista CRO SP 124603	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012 Dr. Ivete Ap. Missel Cirurgiã Dentista CRO SP 124603	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012 Heitor da Silva Brito	53-Data, local e Cambio da Empresa 13/10/2012
---------------	--	--	---	--