



329952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/5/10 6/12/01	4-Dados de Autorização 12/6/10 6/12/01	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662553	7-Data Validade da Semina 12/3/10 9/12/01
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1002102153036167000001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARTA AMORAS FERNANDES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARTA AMORAS FERNANDES	16-Data Validade da Guia 06/11/1982
-----------------------------------	-------------------------------	---	--

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S
--	-------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18389481312531	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES (1) 85100200
---	---	-------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S
---	-------------------------	-------------	-----------------



30-Ítem	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 Class	42-Assinatura
1-00	110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8,80	0,00		S	23/06/20		Marta Amor
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 445,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total 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) 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 23/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

+19 Data Amor Fernandes