



394928
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 01/2/01	4-Data de Autorização 12/01/11 01/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954391	7-Data Validação da Guia 11/3/11 01/2/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202529078700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/3/11 01/2/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZABETH VILA NOVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELIZABETH VILA NOVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	18-Número no CRQ 28660	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 05734412600	22-Nome do Contratado Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	23-Número no CRQ 28660	24-UF MG	25-Código CHES Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA		27-Número no CRQ 28660	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Grosse	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	20/10/20		Elizabete
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14	1		33,00	0,00		S	20/10/20		Elizabete
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/3/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 367,00	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) descrito(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 20/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 20/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2010
---	---	---	---