



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/11 01/210	4-Dia de Autorização 11/6/11 01/210	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952412	7-Dia Validade da Sentença 11/11/01 11/211
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

394447
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 2 5 5 9 3 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Vencimento da Carteira	/ / / / / / / /
12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome	MARECY MARIA MAGDAL
14-Telefone	() - - - - - - - -
15-Nome do titular do plano	MARECY MARIA MAGDAL
29/12/1975	

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento		
17-Alimentação a R/N	18-Número no CRO	19-UF
N	30197	PR
17-Nome do Profissional Societário		20-Código CRO S
BARBARA STACHERA		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06540136919	BARBARA STACHERA	30197	PR	
26-Nome do Profissional Exatante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BARBARA STACHERA		30197	PR	

[illegible][illegible]

43) Data Previsão Término do Tratamento / /	
44) Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	
45) Tipo de Fracionamento ☐ 1- Total 2- Parcial	
46) Total Quantidades US 0 0 1 0 0	
47) Valor Total R\$ 0 , 0 0	
48) Total Franquia / Coparticipação 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 atenc com os custos previstos no tratamento realizado, compreendendo(s) acima, e por mim assumido(s), todos os realizados(s) com meu consentimento e de forma solidária. 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

Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	14/11/2012	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/11/2012	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/11/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		

$\mathbb{R}^n$