



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 10/12/01	4-Data de Autorização 12/01/11 10/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968696	7-Data Validade da Semeta 11/06/10 11/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

398445
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 25/03/19 64/810000101104	9-Piano 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 DAVI HENRIQUE MONTEIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA JUSTINO MONTEIRO

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimônio e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 146303046819	22-Nome do Contratante Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA
26-Nome do Profissional Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Número no CRO 137593
28-UF SP	29-Código CBO S
18-Número no CRO 137593	19-UF SP
23-Número no CRO 137593	24-UF SP
25-Código CNES	26-Código CBO S
Faturar Empresa	

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 Oclus	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/09/11	02/10/11	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
13/11/10/12/01	141 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	141 1-Total 2-Parcial	34,00	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 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 12/01/11 01/12/01 Mafkôbia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11 01/12/01 Mafkôbia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 01/12/01 Katarina Justo	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--