



430161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 11:20	4-Data de Autorização 13/10/11 11:20	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099602	7-Data Validade da Semeta 12/11/10 12:11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215311964810000101021	9-Plano 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 ANDERSON LUIZ MONTEIRO	23/06/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA JUSTINO MONTEIRO
-----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a R/N N	17-Nome do Profissional Sancionante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	18-Número no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 146310304681911	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	23-Número no CRO 137593	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Número no CRO 137593	28-UF SP	29-Código CBO S	

Forma de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Taboia	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-Mofo da Guia	42-Assinatura
1	00	852001581	16	1	1	533,00	0,00	0,00	5109	11/21		
2	00	81000421	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	5109	11/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/09/11 11:21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 547,00	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 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

Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Sancionante 10/09/10 11:21 N. Batista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/10 11:21 N. Batista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/10 11:21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---