



430638
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 12/01 4-Data de Autorização 10/11/12 12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8101705 7-Data Validade da Senha 12/8/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 12/53 13/90 19/00 10/00 10/01 10/04 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

BRUNO HORANA DE BRITO SANTANA 19/09/2011 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNO SANTOS SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA 18-Número no CRO 17756 19-UF BA 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04092818670 22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA 23-Número no CRO 17756 24-UF BA 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA 27-Número no CRO 17756 28-UF BA 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/12/12		Luana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 34,00 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/foram 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 10/12/11 13/10/2011, Belo Horizonte 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 12/12/10, Belo Horizonte 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11 12/12/10, Belo Horizonte 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/11 12/12/10, Belo Horizonte

Dra. Luana Walger de Faria
Cirurgiã-Dentista / Odontopediatra
CRO-BA: 17756