



733754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 01/07/2012		4-Data de Autorização 01/07/2012		5-Série AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 9153380		7-Data Válida da Série 01/07/2012		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202025411998400000010102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Válida da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DELAINE KESSIA PEREIRA DE SOUZA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA ZELIA PEREIRA DA SILVA				
05/04/2000												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alienação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA DE FATIMA MARTINS				18-Número no CRO 11724		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 04354620170				22-Nome do Contratado Executante CAROLINA DE FATIMA MARTINS				23-Número no CRO 11724		24-UF DF		
25-Nome do Profissional Executante CAROLINA DE FATIMA MARTINS						27-Número no CRO 11724		28-UF DF		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/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			01/07/2012	Deleine	
2-	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			01/07/2012	Deleine	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Operadora: Zimmo do Tratamento OdontoLife		44-Tipo de Alienação 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		
										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 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-Conservação												
50-Local e Assinatura do Contratado Solicitante Carolina de Fatima Martins												
51-Local e Assinatura do Contratado Executante Carolina de Fatima Martins												
52-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Deleine Kessia Pereira de Souza												
53-Local e Assinatura da Empresa OdontoLife												