



364926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2012	4-Data de Autorização 27/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7825389	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529073700000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILENE FELIPE DA SILVA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA GONCALVES
-------------------------------------	-----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	23-Número no CRO 39704	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	27-Número no CRO 39704	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/03/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/09/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/09/2012		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			14/09/2012		
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			14/09/2012		
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			14/09/2012		
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			14/09/2012		
10	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	D	1	61,00	0,00			14/09/2012		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/09/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 483,00	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 14/09/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/09/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2012 Marlene FS	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--