



426436
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 25/11/2012	5-Senhas AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084374	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533120600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IZAIAS SOARES COSTA		14-Telefone 02/10/1984	15-Nome do Titular do plano IZAIAS SOARES COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES	18-Número no CRO 39072	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06177304847	22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES	23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 1040-11
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		27-Número no CRO 39072	28-UF MG	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-	0085400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	11		1	154,00	0,00		S	15/12/2012		
2-	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	472,00	0,00		S	19/01/2013		
3-	001040	PINO FIBRA ESTÉTICO	11		1	324,00	0,00		S			
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/01/2013	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 950,00	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 29/01/2013 monte clara Vanilce moraes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/2013 monte clara Vanilce moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/2013 monte clara IZAIAS SOARES COSTA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/2013 monte clara
---	---	--	---

Vanilce Oliveira Moraes
Cirurgiã Dentista
CRO 39072