



1137557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10345412	7-Data Validade da Senha 08/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202550866400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA DOS SANTOS FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUANA DOS SANTOS FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DEBORA CRISTINA DA SILVA	18-Número no CRO 49485	19-UF RJ	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05366115728	22-Nome do Contratado Executante DEBORA CRISTINA DA SILVA	23-Número no CRO 49485	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DEBORA CRISTINA DA SILVA	27-Número no CRO 49485	28-UF RJ	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/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/2012		[Assinatura]
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/10/2012		[Assinatura]
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/10/2012		[Assinatura]
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/10/2012		[Assinatura]
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/10/2012		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 178,00	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 02/10/2012, [Assinatura] Dra. Debora C. Silva Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49485	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012, [Assinatura] Dra. Debora C. Silva Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49485	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012, [Assinatura] Dra. Debora C. Silva Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49485	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--