



511912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 10 / 10 3 / 12 1	4-Data de Autorização 1 12 / 10 4 / 12 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8436935	7-Data Validade da Senha 2 18 / 10 6 / 12 1
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 9 0 9 6 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE DE FATIMA VAZ				14-Telefone 30/07/1985 (4 7) 9 1 5 0 1 4 7	15-Nome do titular do plano JOSE HENRIQUE LAURENCO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 1 0 4 7 9 3 9 7 7		22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200		26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	
				27-Número no CRO 14893		28-UF SC		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	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MD	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	12/10/12		Michelle
2												
3												
4												
5												
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-Ortocontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 12/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12 - Michelle	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--