



642108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/2011	4-Data de Autorização 30/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8882791	7-Data Validade da Senha 28/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253997470000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LETICIA TAVARES DE ANDRADE	14-Telefone 01/06/2001	15-Nome do titular do plano LETICIA TAVARES DE ANDRADE
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante CONSULTORIO ODONTOLOGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2417274334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento e 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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/2011		Letícia
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/2011		Letícia
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/2011		Letícia
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/2011		Letícia
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/2011		Letícia
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) 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, incluindo-me e arcar com os custos conforme em contrato.

49-Observação Cirurgia Buco - Maxilo - Facial CRO-CE 2417 CPF: 24172743-34 Tel: (65) 3109-5902 / 9.9927-4949	Cirurgia Buco - Maxilo - Facial CRO-CE 2417 CPF: 24172743-34 Tel: (65) 3109-5902 / 9.9927-4949	Assinatura do Beneficiário / Responsável Letícia Tavares de Andrade
---	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/07/2011 CP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/2011 CP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--