



356785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
 3-Data de Emissão da Guia: 11/08/2010
 4-Data de Autorização: 18/08/2010
 5-Senha: AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal: 7787346
 7-Data Validade da Senha: 11/11/2010

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira: 00202524502800000101
 9-Plano: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira: / /
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 13-Nome: AMANDA CRISTINA DA SILVA LEITE FELIX
 14-Telefone: () -
 15-Data Validade da Carteira: 16/04/1985
 15-Nome do titular do plano: AMANDA CRISTINA DA SILVA LEITE FELIX

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN: N
 17-Nome do Profissional Solicitante: ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO
 18-Número no CRO: 58579
 19-UF: SP
 20-Código CBO S: 025 -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 15878037807
 22-Nome do Contratado Executante: ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO
 23-Número no CRO: 58579
 24-UF: SP
 25-Código CNES: Faturar Empresa
 26-Nome do Profissional Executante: ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO
 27-Número no CRO: 58579
 28-UF: SP
 29-Código CBO S: Enviar - RX (I) 81000421-RPIE

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/08/2010		Amanda C. Leite
2	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/2010		Amanda C. Leite
3	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/2010		Amanda C. Leite
4	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/2010		Amanda C. Leite
5	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	19/08/2010		Amanda C. Leite
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	19/08/2010		Amanda C. Leite
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: 192,00
 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: / /
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/08/2010
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/08/2010 Amanda C. Leite
 53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /