



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/2101	4-Data de Autorização 12/41/11/2101	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8075995	7-Data Validade da Guia 11/81/02/211
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

423849
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025328483000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
ENZO LEAL SILVA

09/09/2014

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
JULIANA OLIVEIRA LEAL

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA	18-Número no CRO 17756	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04092818670	22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA	23-Número no CRO 17756	24-UF BA	25-Código CNES (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA	27-Número no CRO 17756	28-UF BA	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-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00			24/11/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 88,00	47-Vol Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	--------------------------	---

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 e contratuais, 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 24/11/11/2011 Luana Walger de Faria	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/11/2011 Luana Walger de Faria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/11/2011 Juliana Oliveira Leal	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/11/2011
--	--	--	--