



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/04/1982 4-Data de Autorização 02/04/1982 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8094391 7-Data Validade da Serinha 12/14/02/12/11

428828
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025331708000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LILIAN ALVES DE OLIVEIRA SILVA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano LILIAN ALVES DE OLIVEIRA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 18-Número no CRO 123228 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111219812883 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código eo Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4	0	0	0	0	0	11/11/2011
2	00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6	1	0	0	0	0	11/11/2011
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/2/11/20 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 9 5 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10 0 0 0

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/12/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/11/2011

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), (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

Odontólogo - Dentista CRO - SP 123228