



875082
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 9579634	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254418490000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMIRES VIANA CORDEIRO					
14-Telefone 15/08/1996			15-Nome do titular do plano TAMIRES VIANA CORDEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO PRIME ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 97905	19-UF SP	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36816909879			22-Nome do Contratado Executante NATALIA BOTTONI ROCHA	23-Número no CRO 97905	24-UF SP
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante NATALIA BOTTONI ROCHA		
27-Número no CRO 97905			28-UF SP	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00			14/10/2012		36816909879
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/10/2012	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-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 14/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2012
---------------	---	---	---	---

Dra. Natalia Bottoni Rocha
CRO 97905 SP



