



297577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/06/10 13/12/10 4-Data de Autorização 11/08/10 13/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7461805 7-Data Validade da Senha 10/14/10 16/12/10

8-Número da Caixa 10/02/10 2/5/2/9 4/8/7 8/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RUAN HENRIQUE RIBEIRO 20/03/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RUAN HENRIQUE RIBEIRO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141512131317471 22-Nome do Contratado Exclamante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exclamante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-CDM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guiza	42-Valor
1-010181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,10	0,00			10/03/10		14,10
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE	1	16,10	0,00			10/03/10		16,10
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAE	1	16,10	0,00			10/03/10		16,10
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAD	1	16,10	0,00			10/03/10		16,10
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD	1	16,10	0,00			10/03/10		16,10
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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 1178,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franchise / 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(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, 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 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa