



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/11/2011 4-Data de Autorização 11/11/2011 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 349729 7-Data Validade da Senha 13/01/2012 8-Data Validade da Guia 10/11/2011

349729
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

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

13-Nome RICHARD GABRIEL CARDOSO PEDRO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIANE NASCIMENTO CARDOSO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 18-Número no CRO 73946 19-UF SP 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado / Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 23-Número no CRO 73946 24-UF SP 25-Código CUES 26-Nome do Profissional Exercente VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 27-Número no CRO 73946 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-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 52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa