



1794412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 2 / 2 4	4-Data de Autorização / /	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 1794412	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 5 / 2 4
--------------------------	--	--	-------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 2 6 3 3 7 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 IZABEL LERRANDRA OLIVEIRA SILVA	13/06/2001	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IZABEL LERRANDRA OLIVEIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NIKKEI ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 39760	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 9 5 0 2 5 7 0 0 0 1 5 3	22-Nome do Contratado Executante MEGADOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 39760	24-UF SP	25-Código CNES 5671213
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA HIROMI ICIBACI MAEDA		27-Número no CRO 39760	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	3 8 1 , 0 0	0 , 0 0	, N	/ /			
2-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
3-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
4-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
5-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
6-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
7-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
8-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
9-						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
10						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
11						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
12						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
13						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
14						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			
15						, , ,	, , ,	, , ,	/ /			

43-Data Previsão 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 3 8 1 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--