


418776
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 408614	3- Data de Emissão do Guia 11/3/11/210	4- Data de Autorização 25/11/11/210	5- Centro AUTORIZADO	6- Número de Guia Principal 8052527	7- Data Válida no Sertão 11/1/02/11/211
---------------------------	---	--	-------------------------	--	--

8- Número da Carteira 10/02/02/53/31/66/910/00/01/03	9- Referência POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Válida da Carteira 11/1/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	--

13- Nome PEDRO GUSTAVO DOS SANTOS CAMPOS	14- Telefone ()	15- Nome do titular do plano MARGARETH DA ROCHA CAMPOS DE JESUS
---	---------------------	--

Data do Contrato / Responsável pelo Tratamento

16- Assinatura e RV N	17- Nome do Profissional Sanitário FLAVIA CARDOSO PEREIRA
--------------------------	--

21- Código na Operadora / CNPJ / CNF 0121057710769	22- Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA
---	---

26- Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimento Sólido

30- Índice	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- FASE	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo de Eclusa	42- Assinatura
1- 0	0	840000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17,210,00			0,00		S
2- 1												
3- 1												
4- 1												
5- 1												
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	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Financeiro / Compensação R\$
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 assistido(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 Conselho Dentista Seguradora 01/11/11 Cirurgia dentária	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/11/11 Cirurgia dentária	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/11 Kardolyn	53- Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	--	--------------------------------------

CRO-RS-34202

CRO-RS-34202