



385822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916942	7-Data Validade da Senha 28/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531781700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRUNO NEVES DE OLIVEIRA	14-Telefone 12/10/2001	15-Nome do titular do plano NORMANDES SANTOS OLIVEIRA
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA GARCIA	18-Número no CRO 24184	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01424131863	22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA GARCIA	23-Número no CRO 24184	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA GARCIA	27-Número no CRO 24184	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2010		x Bruno
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 300,00	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 09/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2010 x Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

BOCA DO CEU ODONTOLÓGICA
INTEGRADA S/C LTDA
04-896.785/0001-89