

465435
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 11/21	4-Data de Autorização 11/09/10 12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8249201	7-Data Validade da Senha 12/09/10 14/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202534037770000001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCELO AUGUSTO LEMOS VIANACELO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DENISE LEMOS VIANA
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18145765137091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	73,00	0,00	0,00	S	19/09/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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) 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

Cirurgia Dentista
CRO/RS 26161