



315508
INTERCAMBIO

1º Registro AIS 406414 3ª Data de Emissão da Guia 12/11/05 4ª Data de Autenticação 12/11/05 5ª Seta AUTORIZADO 6º Número da Guia Principal 7581815 7ª Data Válida da Seta 19/10/08 12/01

8º Nome do Beneficiário 9º Plano POS REDE PRESTADORA 10ª Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11ª Data Válida da Carteira 12ª Número do Cartão Nacional de Saúde

13ª Nome LUIZ FABIANO CARDOSO NETO 30/05/2009 14ª Endereço () 35611854 15ª Nome do titular do plano JOSIANE BEZERRA LUCIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16ª Nome do Profissional Solicitante AAMAI ODONTOLOGIA LTDA 17ª Nome do Contratado Executante TAINARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO 18ª Nome do Profissional Executante TAINARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO 19ª UF SP 20ª Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

21ª Código de Operadora CBO / CPE 33304458824 22ª Nome do Contratado Executante TAINARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO 23ª Número no CRO 90610 24ª UF SP 25ª Código CNES 90610 26ª Código CBO 5 SP

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Oper. Regido	34- Freq.	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	0,00	5	21/11/05		
2	0	RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	61,00	0,00	0,00	5	26/11/05		
3	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	5	26/11/05		
4	0	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	61,00	0,00	0,00	5	26/11/05		
5	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00	0,00	5	26/11/05		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43ª Data Prevista Término do Tratamento 44ª Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Ufologia/Enfermagem 45ª Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 46ª Total Quantidade US 278,00 47ª Valor Total R\$ 10,00 48ª Total Franquia/Co-participação R\$

Declaração: 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(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.

49ª Observação 50ª Data e Assinatura do Contratado Responsável 51ª Data e Assinatura do Contratado Executante 52ª Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53ª Data e Assinatura do Contratado Executante

Dra. Tainara
Ortodontista
CRO/SP 90610