



2153678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 18/10/12	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13357055	7-Data validade de Série 27/10/13
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511355900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MILENA MARIA SILVA DE SOUSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILENA MARIA SILVA DE SOUSA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARQUES SAUDE	18-Número no CRO 6520	19-UF CE	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15512089000023	22-Operadora / Dentista / Endodontista Dr. Vitor Soares Marques Implantodontia/Protese/Endodontia	23-Número no CRO 6520	24-UF CE	25-Código CNES 0854921	
26-Nome do Profissional Executante VITOR SOARES MARQUES	27-Número no CRO 6520	28-UF CE	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			18/10/12		X Milena
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	88,00	0,00			18/10/12		X Milena
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/12	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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prescrito, aceitei 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 assinou este 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 Contratado 18/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/12
--	---	---	---