



582684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8692649	7-Data Validade da Senha 12/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202519711200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR CAMILO LEVARTOSKI MASCHIETTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VICTOR CAMILO LEVARTOSKI MASCHIETTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 115048	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42864084856	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES	23-Número no CRO 115048	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES		27-Número no CRO 115048	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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	37	O	1	61,00	0,00		S	01/07/2012		VICTOR
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	01/07/2012		VICTOR
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	01/07/2012		VICTOR
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	01/07/2012		VICTOR
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	01/07/2012		VICTOR
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/07/2012	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 305,00	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 01/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2012 VICTOR MASCHIETTO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/07/2012
---	---	---	---

Dr. Flávia P. Huppess
CIRURGIÃ DENTISTA