



448947
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/07/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8176950 7-Data Validade da Senha 10/07/10 14/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253431390000010102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PALOMA FABRICIA DA SILVA NASCIMENTO 01/01/2010 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA FABRICIA ALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA 18-Número no CRO 17756 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004092818670 22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA 23-Número no CRO 17756 24-UF BA 25-Código CNES (1) 81000421- (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA 27-Número no CRO 17756 28-UF BA 29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Recusa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	12/10/11	21	
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	12/10/11	21	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 28,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 12/10/11 21/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 21/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/10/11 21/10/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/11 21/10/11

Fernanda Fabricia Alves da Silva

17/755