



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/09 4-Dia de Autenticação 12/11/09 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7890138 7-Dia Validade da Guia 12/01/12 8-Número da Guia 12/01/12

380069
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253112780000010131

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCAS ANDRADE PEREIRA OVIEDO

14/09/2005

15-Nome do titular do plano CARLA ANDRADE PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIANE PIPLOVIC

22-Nome do Contratado Executante VIVIANE PIPLOVIC

18-Número no CRO 85480

23-Número no CRO 85480

19-UF SP

24-UF SP

20-Código CBO S

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29759222809

26-Nome do Profissional Executante VIVIANE PIPLOVIC

22-Número no CRO 85480

23-Número no CRO 85480

19-UF SP

24-UF SP

20-Código CBO S

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

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-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	16,10	0,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,10	0,00					
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsão 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 122,00

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(ram) realizado(s) em 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

Clínica Odontológica Geral

36,60

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Responsável

53-Dia, local e Cartão da Empresa