



2083804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2014	4-Data de Autorização 28/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13141783	7-Data Validade da Senha 26/01/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202511745500000101					

13-Nome MARIA RITA DE OLIVEIRA MACEDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA RITA DE OLIVEIRA MACEDO
14/03/2006		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILLE PARIZI DE ALMEIDA VIANA	18-Número no CRO 11795	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42908355000123	22-Nome do Contratado Executante PARIZI ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	23-Número no CRO 11795	24-UF PE	25-Código CNES 1059645	Enviar - RX (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILLE PARIZI DE ALMEIDA VIANA	27-Número no CRO 11795	28-UF PE	29-Código CBO S	(1) 85100200
---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	28/10/14		maria
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	28/10/14		maria
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 28/10/14	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 176,00	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 28/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/14, maria Rita de oliveira macedo.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/10/14
---	---	---	--

Dra. Camille de Almeida Viana
Cirurgiã-Dentista | Implodontista
CRO 11795-PE