



549258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2011	4-Data de Autorização 13/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8579811	7-Data Validade da Senha 11/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012021536491150100011031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALISSANDRO CARDOSO DA SILVA	20/06/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano CARINE DE SANTANA CARDOSO
--	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a FTA N	17-Nome do Profissional Solicitante IBBRO - BIOIMAGEM-BUCO-MAXILO-FACIAL	18-Número no CRO 1164	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 054310852152011	22-Nome do Contratado Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS	23-Número no CRO 1164	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS	27-Número no CRO 1164	28-UF BA	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

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
1-0	0345	DOC ORTODONTICA "A"		1	1	3,81,00	0,00			11/05/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 14/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,81,00	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) 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/21	53-Data, local e Caimto da Empresa 11/11/11
---	---	---	--