



341239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012 4-Data de Autorização 20/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7714296 7-Data Validade da Senha 15/11/2012

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202530778200000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ID LANIA APARECIDA DE OLIVEIRA BAMBIRRA 17/11/1963 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES 18-Número no CRO 18211 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634 22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES 23-Número no CRO 18211 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES 27-Número no CRO 18211 28-UF MG 29-Código CBO S

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/10/2012		Id Lania
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/10/2012		Id Lania
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/10/2012		Id Lania
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/10/2012		Id Lania
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/10/2012		Id Lania
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/10/2012 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 174,00 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 04/10/2012 Alice de Lacerda Marques BH 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2012 Alice de Lacerda Marques BH 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2012 Id Lania BH 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr Alice de Lacerda Marques
Cirurgiã Dentista
CRO 18211

Aparecida de Oliveira Bambirra