



323828
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7631048	7-Data Validade da Senha 10/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202528931900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HORTENCIA CARLA FERREIRA DE SOUZA	
13-Nome HORTENCIA CARLA FERREIRA DE SOUZA		31/01/1988		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI	27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI				

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	18	MO	1	88,00	0,00		S	17/10/2012		Hortencia
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00		S	17/10/2012		Hortencia
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	17/10/2012		Hortencia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		Hortencia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		Hortencia
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		Hortencia
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		Hortencia
8	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2012		Hortencia
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2012	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 442,00	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 12/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------