



484538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10/12/11	4-Data de Autorização 11/17/10/13/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8329762	7-Data Validação da Sentença 12/15/10/15/12/11
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 5 8 6 0 0 0 0 0 1 0 1 1 13-Nome JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO			9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Telefone () - - - - -					
15-Data de Nascimento 16/12/1982					
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOLÓGICA NPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156181540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES 26-UF SP 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabulei	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-Módulo da Guia	42-Assinatura
1-00	085100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,10	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
2-00	085100202118	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OVD	1	12,12	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
3-00	085100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,10	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
4-00	085100202196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	16,11	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
5-00	085100202118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	12,12	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
6-00	085100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,10	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
7-00	085100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,10	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
8-00	085100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	88,10	0,00	0,00	0,00	12/14/10/12/11	2	JOICE SILVA
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dias Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total de	48-Valor Total de	49-Valor Total de	50-Valor Total de	51-Valor Total de	52-Valor Total de	53-Valor Total de	54-Valor Total de	55-Valor Total de
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	74,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
56-Valor Total de 74,51 57-Valor Total de 74,51 58-Valor Total de 74,51 59-Valor Total de 74,51 60-Valor Total de 74,51 61-Valor Total de 74,51 62-Valor Total de 74,51 63-Valor Total de 74,51 64-Valor Total de 74,51 65-Valor Total de 74,51 66-Valor Total de 74,51 67-Valor Total de 74,51 68-Valor Total de 74,51 69-Valor Total de 74,51 70-Valor Total de 74,51 71-Valor Total de 74,51 72-Valor Total de 74,51 73-Valor Total de 74,51 74-Valor Total de 74,51 75-Valor Total de 74,51 76-Valor Total de 74,51 77-Valor Total de 74,51 78-Valor Total de 74,51 79-Valor Total de 74,51 80-Valor Total de 74,51 81-Valor Total de 74,51 82-Valor Total de 74,51 83-Valor Total de 74,51 84-Valor Total de 74,51 85-Valor Total de 74,51 86-Valor Total de 74,51 87-Valor Total de 74,51 88-Valor Total de 74,51 89-Valor Total de 74,51 90-Valor Total de 74,51 91-Valor Total de 74,51 92-Valor Total de 74,51 93-Valor Total de 74,51 94-Valor Total de 74,51 95-Valor Total de 74,51 96-Valor Total de 74,51 97-Valor Total de 74,51 98-Valor Total de 74,51 99-Valor Total de 74,51 100-Valor Total de 74,51												

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

At: P. RUA PUNO, 1020 - SOBRERLEJOA

VIA: NOVA C.C. JORNAL - CEP 02611-002

At: P. RUA PUNO - SP

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/14/10/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/14/10/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/14/10/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/14/10/12/11
---	--	---	--