



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11	4-Data de Autorização 12/13/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8265289	7-Data Validade da Senha 12/12/14
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

460282
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202533870910000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HENZO PORTO DIAS	06/01/2013	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALTON TEIXEIRA DIAS	

16-Mendicamento a RN ANGELA TAIS ROSAS ROLIM	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA TAIS ROSAS ROLIM	18-Número no CRO 82657	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1216147119516843	22-Nome do Contratado Executante ANGELA TAIS ROSAS ROLIM	23-Número no CRO 82657	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANGELA TAIS ROSAS ROLIM	27-Número no CRO 82657	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8.2.0.0.8.5.9				EXODONTIA DE RAIZ	36	1	7.3.0.0	0.0.0	5.23.0.1.1.2.1	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento	
</				

43-Data Previsão Término do Tratamento	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 17.3.10.0	47-Valor Total R\$ 0.0.0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0.0.0
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

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 no 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Angela Tais Rosas Rolim
CRO-42557

Henzo Porto Dias
CRO-42557