



1907161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2014	4-Data de Autorização 12/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12565981	7-Data Validade da Senha 03/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025114887000000101					

13-Nome DALMO GUIDO LIGUORI FILHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DALMO GUIDO LIGUORI FILHO
04/04/1979		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDA CANDIA SAAD	18-Número no CRO 68315	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541751000150	22-Nome do Contratado Executante BELA ODONTO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 24988	24-UF MG	25-Código CNES 0871516
26-Nome do Profissional Executante EDUARDA CANDIA SAAD		27-Número no CRO 68315	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 85100218

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/2014		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	44,00	0,00		S	21/10/2014		
3-00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	86,00	0,00		S	21/10/2014		
4-00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	86,00	0,00		S	21/10/2014		
5-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	21/10/2014		
6-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	533,00	0,00		S	21/10/2014		
7-00	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVI	1	22,00	0,00		S	21/10/2014		
8-00	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VIM	1	22,00	0,00		S	21/10/2014		
9-00	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDV	1	22,00	0,00		S	21/10/2014		
10										21/10/2014		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2014	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 1707,00	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 21/10/2014 Eduarda P. Saad	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2014 Dra. Eduarda P. Saad	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2014
---	--	---	---

Dra. Eduarda Candia Saad
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG 68315

CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG 68315