



476910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 11/02/2011		4-Data de Autorização 15/02/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8299106		7-Data Validade da Senha 16/05/2011	
8-Número de Carteira 00202534507000001011											
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARLENE DE CAMPOS				14-Telefone 31/10/1962				15-Nome do titular do plano MARLENE DE CAMPOS			
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento											
18-Atendimento a RNI N		17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA				19-Número no CRO 125515		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNP / CPF 39612062870				22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA				23-Número no CRO 125515		24-UF SP	
25-Código CNES				26-Número no CRO 125515				27-UF SP		28-Código CBO S	
29-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
33-Data	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Fragilo	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa 45-Assinatura
1-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	15/02/2011	[Assinatura]
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	15/02/2011	[Assinatura]
3-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	15/02/2011	[Assinatura]
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
46-Data Previsto Término do Tratamento		47-Tipo de Atendimento				48-Tipo de Faturamento		49-Total Quantidade US		50-Valor Total R\$	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial		183,00		0,00	
51-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											
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/2011 [Assinatura]				53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/2011 [Assinatura]				54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/2011 [Assinatura]			
55-Data, local e Carteira do Especialista em Odontologia 15/02/2011 Tathiane Moreira da Silva CRO/SP 125515											