



453327
INTERCÂMBIO

3.º Ano de Ensino da Guia
6414

4.º Ano de Autorização
1 3 1 0 1 2 1

5.º Sessão
AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal
8193766

7.º Data Validada da Sessão
1 3 1 0 1 4 1 2 1

8.º Nome do Beneficiário
0 2 0 2 5 1 1 5 4 5 9 0 0 0 0 1 0 3

9.º Plano
POS REDE PRESTADORA

10.º Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11.º Data Validada da Carteira
1 3 1 0 1 4 1 2 1

12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

13.º Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
ARIANO OLIMPIO DA SILVA

14.º Telefone
29/04/1978

15.º Nome do titular do plano
SIMONE DE SOUZA MACENA

16.º Nome do Profissional Solicitante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

17.º Nome do Contratado Executante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

18.º Número no CRO
1750

19.º UF
MS

20.º Código CBO S
025 -

21.º Nome do Profissional Solicitante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

22.º Nome do Contratado Executante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

23.º Número no CRO
1750

24.º UF
MS

25.º Código CNES
Enviar - RX

26.º Código CBO S
(1) 85100218 (1) 85100226

27.º Nome do Profissional Solicitante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

28.º Nome do Contratado Executante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

29.º Número no CRO
1750

30.º UF
MS

31.º Código CBO S
(1) 85100200

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Glosa	42-Assinatura
0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDV	1	1 2 2 1 0 0	0,00	15,00	24	24		
0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DV	1	8 8 1 0 0	0,00	15,00	24	24		
0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	8 8 1 0 0	0,00	15,00	24	24		
0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MODV	1	1 2 2 1 0 0	0,00	15,00	24	24		

43-Valor Total R\$	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	4 2 0 0 0	0,00	

49.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/04/2014

50.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/04/2014

51.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/04/2014

52.º Data, local e Assinatura da Empresa
13/04/2014

Eu, 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(ram) 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.

Assinatura do Profissional Solicitante: *Dr. Carlos Eduardo F. Maluf*