



2-A10

334829
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406474	3-Data de Emissão do Guia 10/06/10 17:12:01	4-Data de Autorização 10/08/10 07:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685404	7-Data Válida da Senha 10/04/11 01:02:01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário 8-3-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 3 6 6 1 6 0 0 0 0 1 0 1										10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA										11- Data Validada da Carteira _ / _ / _										12- Número do Cartão Nacional de Saúde									
13- Nome MICHELE DOS SANTOS CALAZANS										14- Telefone (_) _ _ _ - _ _ _ _										15- Nome do titular do plano MICHELE DOS SANTOS CALAZANS																			
25/04/1982																																							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
N	RODRIGO SANTOS MONTEIRO	134314	SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UF
14 3 2 0 3 0 0 8 8 2 3		134314	SP
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
RODRIGO SANTOS MONTEIRO			
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RODRIGO SANTOS MONTEIRO	134314	SP	
		Faturar Empresa	
		Enviar - RX	
		(I) 851C0200	
		(I) 851C0200	

[illegible]

44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
1- 1-Transiente; Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2-Parcial	5 7 6 1 0 0 1	0 1 0 0 1	
49- Data Provisão Término do Tratamento				

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, a pagar 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 um meu nome e por minha conta, ao profissional com a qual assinei este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto 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 um meu nome e por minha conta, ao profissional com a qual assinei este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46. Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/04 11:20	03/11/04 11:20	03/11/04 11:20	03/11/04