



295742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7450237	7-Data Validade da Senha 02/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202529462400000101					
13-Nome MATHEUS WILLIAM DOMINGOS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS WILLIAM DOMINGOS DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$							
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					S	09/10/2012		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					S	09/10/2012		S
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					S	09/10/2012		S
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					S	09/10/2012		S
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					S	09/10/2012		X
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2012	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 178,00	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(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.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2012 Dra. Fabiana P. F. Scomparim Cirurgiã Dentista CRO 67946	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012 Dra. Fabiana P. F. Scomparim Cirurgiã Dentista CRO 67946
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa