



529112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2014	4-Data de Autorização 22/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8505058	7-Data Validade da Senha 21/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202536946700000101	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LARISSA MORAIS MOTTA	14-Telefone 21/08/1994	15-Nome do titular do plano LARISSA MORAIS MOTTA
---------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Substituto NACELIO MAMEDES DE GOIS	18-Número no CBO 80306	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810	22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número no CBO 80306	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Substituto NACELIO MAMEDES DE GOIS	27-Número no CBO 80306	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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

1-0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3400		000				S	22/10/2014		Larissa
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	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 no 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 Coordenador Executivo/Secretaria 22/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Coordenador/Contábil 22/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2014 Larissa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/10/2014
---	---	---	--

Condição & Glosa Ltda - Odontologia Prime
CNPJ 17.637.743/0001-70