



401777
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/01/2011

6-Número da Guia Principal
7982632

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/2010

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2010

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202531375000000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DAVIDSON LIMA ARAUJO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
AURORA MARIA ARAUJO

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

18-Número no CRO
8301

19-UF
ES

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
116768536770111

22-Nome do Contratado Executante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

23-Número no CRO
8301

24-UF
ES

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

27-Número no CRO
8301

28-UF
ES

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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
1-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	21/01/2010	
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	21/01/2010	
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	21/01/2010	
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	21/01/2010	
5-000184000198											
6-000184000198											
7-000184000198											
8-000184000198											
9-000184000198											
10-000184000198											
11-000184000198											
12-000184000198											
13-000184000198											
14-000184000198											
15-000184000198											

43-Data Prevista Término do Tratamento
12/01/2010

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1140,00

47-Valor Total R\$
1140,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11