



318083
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/09/2015 4-Data de Autorização 02/09/2015 5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7599718

7-Data Validade da Sentença 02/07/2018

8-Plano de Benefício 00020252111820000001021

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 RODRIGO ALMEIDA GONCALVES

20/04/1972

14-Telefone

15-Nome do titular do plano IVONE REZENDE GOULART

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

18-Número no CRO 125515

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

23-Número no CRO 125515

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

27-Número no CRO 125515

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	02/09/2015	1	
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	02/09/2015	1	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
02/09/2015	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1122,00	0,00	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), foi(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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dra. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 125515