

2-N

431732
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/1/12 20
4-Data de Autorização 10/1/12 20	5-Sentença AUTORIZADO
b-Número da Guia Principal 8106430	
7-Local e número da carteira 10/1/03 21	

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Unidade Vinculada da Carteira	12-Documento da Carteira
002025333301100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	____/____/____	
13-Nome		14-Teléfono	15-Nome do titular do plano	
ALESSANDRA GOMES SILVA SANTOS		(____) _____-____	VANUSA GOMES SILVA	
20/11/2013				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U/F		20-Código CBO S	
N		LUANA WALGER DE FARIA		17756		BA			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-U/F		25-Código CNES	
004092818670		LUANA WALGER DE FARIA		17756		BA			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-U/F		29-Código CBO S			
LUANA WALGER DE FARIA		17756		BA					

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Flac	35- Cnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Classe	42- Assinatura	
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	54	0	1	16 1,0 0	10,0 0	10111121210		21/210		<i>Flavio</i>	
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	74	0	1	16 1,0 0	10,0 0	10111121210		21/210		<i>Flavio</i>	
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	16 1,0 0	10,0 0	10111121210		21/210		<i>Flavio</i>	
4- 0 0													
5- 0 0													
6- 0 0													
7- 0 0													
8- 0 0													
9- 0 0													
10- 0 0													
11- 0 0													
12- 0 0													
13- 0 0													
14- 0 0													
15- 0 0													

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\$

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 a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Dado, local e Assinatura do Dentista	54-Dado, local e Assinatura do Dentista
10/11/11 21/20 <i>Stênio</i>	10/11/11 21/20 <i>Stênio</i>	10/11/11 21/20 <i>Vanessa Gomes Silva</i>	10/11/11 21/20 <i>Vanessa Gomes Silva</i>

Dra. Luana Walper de Faria

Dra. Luana Walger de Faria
Cirurgiã-Dentista/ Odontopediatra

CRO-BA: 17756