



307965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/04 11:20	4-Data de Autorização 12/07/04 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7523527	7-Data Validade da Senha 12/07/07 11:20
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020252976186000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALEX COSTA SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELLE MARTINS AGUIAR
------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO 98515	19-UF SP	20-Código CEO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1360858061892	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO	27-Número no CRO 98515	28-UF SP	29-Código CEO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
1-0	01811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	27/04/2010	
2-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	28/04/2010	
3-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	29/04/2010	
4-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	30/04/2010	
5-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	30/04/2010	
6-0	01815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47 OD	1	1	88,00	0,00		S	30/04/2010	
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/04/2010	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 126,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / 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), 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 30/04/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/04/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 30/04/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/2010 Mayara B. Lobo CROSP 98515
---	---	---	---