



397519
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965300	7-Data Validade da Senha 14/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202532784800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO LUCIANO DO VALLE			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano FERNANDO LUCIANO DO VALLE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2012		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Exame Laboratorial 4-Exame de Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados em 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: *Nota a aversão ao cálculo, exceto no elemento de extrema mobilidade (mobilidade alta) por conta de desconforto.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2012 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012 Fernando Luciano do Valle	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------