



393595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949149	7-Data Validade da Serinha 07/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 4 7 0 2 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUANA PEROLA DA SILVA	24/09/1986	LUANA PEROLA DA SILVA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	18-Número no CRO 118811	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Estatístico Emprego
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviar - RX (1F) 85200158-46
4 3 8 8 2 2 3 2 8 0 3	JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	118811	SP		

25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	27-Número no CRO 118811	28-UF SP	29-Código CRO S
---	-----------------------------------	--------------------	----------------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	/ /	/ /				
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						
		5	6	7	0	0
47-Valor Total R\$						
					0	0
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), foi(ram) 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, conforme o(s) valor(es) previsto(s) em contrato.

49-Observação
Procedimento endodôntico cancelado, enc. p/ endo microrrigica pois uns dos condutores apresenta falhas

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 Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

53-Data, local e Carimbo da Empresa

-Data, local e Carimbo da Empresa