



349601
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 31/10/2012 4-Data de Autorização 10/11/08 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7733684 7-Data Validade da Santa 12/9/11 8-Data Validade da Santa 12/9/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202530726100000101 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 TOLEDO DA CRUZ 05/05/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDO TOLEDO DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 134537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
2	000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
3	000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
4	000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144400	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 no 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 01/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/10/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/10/2012

Dr. Amanda Suane da Silva
Cirurgia Dentista
CRO/SP 122.642