



2-Nº

transmitido para você emitir

515522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 14/12/11	4-Data de Autorização 10/06/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8451711	7-Data Validade da Senha 10/14/10 17/12/11						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10/0120 0236 5618 3010 0010 1011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Nome do titular do plano MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA	18-Número no CRO 49783	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110473380765111	22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA										
23-Número no CRO 49783											
24-UF RJ											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA											
27-Número no CRO 49783											
28-UF RJ											
29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella 1-0018100010301 2-0018400011981 3-0018400011981 4-0018400011981 5-0018400011981 6-0018510011961 7-1111111111111 8-1111111111111 9-1111111111111 10-1111111111111 11-1111111111111 12-1111111111111 13-1111111111111 14-1111111111111 15-1111111111111	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição HASD HAID HAIE HASE 31	33-Dente/Região 114 111 111 111 111 111	34-Fase 111 111 111 111 111 111	35-Qtd 111 111 111 111 111 111	36-Quantidade US 340010 351010 351010 351010 611010	37-Valor 010010 010010 010010 010010 010010 010010	38-Franquia/Co-participação R\$ 010010 010010 010010 010010 010010 010010	39-Aut 010010 010010 010010 010010 010010 010010	40-Data de Realização 09/04/11 09/04/11 09/04/11 09/04/11 09/04/11 09/04/11	41-Motivo da Glisa 42-Assinatura S1111111 S1111111 S1111111 S1111111 S1111111 S1111111
43-Data Prevista Turno do Tratamento 09/04/11						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112351010	47-Valor Total R\$ 112351010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 112351010	

Dedarei, 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/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 09/04/11 14/12/11 DRA. NATALIA LOPES DE SOUZA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 09/04/11 14/12/11 DRA. NATALIA LOPES DE SOUZA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/11 14/12/11 DRA. NATALIA LOPES DE SOUZA
---	--	---

CRO-RJ49783