



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/11 10/12/12	4-Data de Autorização 10/04/11 10/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10433066	7-Data Validade da Senha 10/11/10 11/12/13	1169843 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10/02/02 5104420000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ		14-Telefone (11) 1111-1111	
13-Nome VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ		15-Data 05/01/1998		15-Nome do titular do plano VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		18-Número no CRO 20369		19-JF SC		20-Código CBO S		21-Código CNES 2925699		22-Data 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/2873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369		24-JF SC		25-Código CBO S		26-Número no CRO 20369		27-JF SC			
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		27-Data 10/04/10 10/12/12		28-Número no CRO 20369		29-JF SC		30-Código CBO S		31-Data 10/04/10 10/12/12		32-Data 10/04/10 10/12/12		33-Data 10/04/10 10/12/12	

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
1-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	16	1,00	0,00	0,00	10/14/10	10/12/12	10/04/10 10/12/12
2-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	16	1,00	0,00	0,00	10/14/10	10/12/12	10/04/10 10/12/12
3-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	16	1,00	0,00	0,00	10/04/10	10/12/12	10/04/10 10/12/12
4-11111111111111											
5-11111111111111											
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											
43-Data Provisão Término do Tratamento	11/11/11 11/11/11	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	1183,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliaram 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	Dr. Felipe Ferreira CRO-SC-20-369	
---------------	--------------------------------------	--

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 Cartão de Empresa
10/04/10 10/12/12 Felipe Ferreira de Castro	10/04/10 10/12/12 Felipe Ferreira de Castro	10/04/10 10/12/12 Vagner Henrique Calado da Cruz	10/04/10 10/12/12