



329790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016 4-Data de Autorização 10/11/2017 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7661677 7-Data Validade da Sentença 12/31/2019 12-Data Validade da Sentença 12/31/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025303159000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome YASMIN XAVIER ANDRADE SILVA 22/09/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VALDIR SOARES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-Número no CRO 20497 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 012057710769 22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 27-Número no CRO 20497 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			01/03/2016		
2-0	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1	1	72,00	0,00			01/03/2016		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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 106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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), 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 01/11/2016 D^{re} Leila Pereira Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2016 D^{re} Leila Pereira Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2016 VALDIR SOARES DA SILVA 53-Data, local e Carimbo da Empresa