



1085464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/08/2012	4-Data de Autorização 02/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10201251	7-Data Validade da Senha 31/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202549526400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ROBERTO GOMES			14-Telefone 27/06/1981	15-Nome do titular do plano POLLYANA FATIMA REIS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante VITOR VIEIRA CANDIDO		18-Número no CRO 4964	19-UF ES	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01391716655		22-Nome do Contratado Executante VITOR VIEIRA CANDIDO		23-Número no CRO 4964	24-UF ES
26-Nome do Profissional Executante VITOR VIEIRA CANDIDO		27-Número no CRO 4964		28-UF ES	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	02/08/12		<i>Kamara</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/12	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 04/08/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/12
--	--	--	--

Vitor Vieira Cândia
Implantodontista
CRO - ES 4964