



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/2013	4-Data de Autorização 31/07/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7745250	7-Data Validade da Senha 27/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

347837
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário 002025310140000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAQUEL PERES HAYASHI		14-Telefone 29/11/1973 () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL PERES HAYASHI		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO	18-Número no CRO 13475	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73488208672	22-Nome do Contratado Executante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO	23-Número no CRO 13475	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE ALVES BARBOSA BISINOTO		27-Número no CRO 13475	28-UF MG	29-Código CBO S	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			10/08/2013		2
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			10/08/2013		2
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/08/2013		2
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/08/2013		2
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/08/2013		2
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/08/2013		2
7-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/08/2013		2
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/2013	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 300,00	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	10.641.122/0001-10 CIOR CENTRO INTEGRADO				
---------------	---	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2013 Eliane A. Barbosa Bisinoto CRO-MG 13475 CPF: 73488208672	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2013 2	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2013 Eliane A. Barbosa Bisinoto CRO-MG 13475 CPF: 73488208672	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2013 DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA LTDA Rua Tupaciguara, 601 B. Aparecida - CEP 38400-618 Uberlândia - MG
---	--	---	--