



467192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/01/2011 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 467192 7-Data Validade da Senha 01/01/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535264200000101 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 DAVI SANTOS NERES SANTANA 05/05/2000 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAVI SANTOS NERES SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CBO S 01 25-Data Validade da Guia 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611 22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 39384 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 39384 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00085200042		PULPOTOMIA	16	1	11300	0,00	0,00			01/01/2011		DAVI
2-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	13400	0,00	0,00			01/01/2011		DAVI
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 147,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

duplante na central odontológica. Fez logo pulpectomia.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/01/2011