



891060
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9628843	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202545818900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARMEN LUCIA DA CONCEICAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARMEN LUCIA DA CONCEICAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RUDY OMAR ZARATE CONDORI	18-Número no CRO 109789	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12552052886	22-Nome do Contratado Executante ANA CLAUDIA AZEVEDO	23-Número no CRO 74161	24-UF SP	25-Código CNES 3987337	Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (11) 48581021, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Santo Amaro, 6971, SANTO AMARO, SAO
26-Nome do Profissional Executante ANA CLAUDIA AZEVEDO		27-Número no CRO 74161	28-UF SP	29-Código CBO S 09	

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
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	25/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2012	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 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012 Rudy Omar Zarate Condori Cirurgião Dentista CRO-SP: 109789	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012 Carmen Lucia da Conceicao	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--