



995884 E-*anterior*
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 9944252	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202548259300000101					
13-Nome LANOANA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LANOANA FERREIRA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 35583	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14943935818	22-Nome do Contratado Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	23-Número no CRO 35583	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA		27-Número no CRO 35583	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/10/2012		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/10/2012		X
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/10/2012		X
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/10/2012		X
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/10/2012		X
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/2012	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 0,00	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 05/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012
---------------	---	---	---	---

Dra. Márcia Ap. Bife Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 35.583
CPF: 149.439.358/18