



325654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 17/10/2012 4-Dia de Autorização 24/10/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 7640018 7-Dia Validade da Série 15/10/2012

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202530185600000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACQUELINE YEDA DOS SANTOS DA FONSECA 14-Telefone 02/02/1984 15-Nome do titular do plano JACQUELINE YEDA DOS SANTOS DA FONSECA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alienação a RM N 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA FRANCINI GOBBO DOS SANTOS 18-Número no CRO 120329 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38435875822 22-Nome do Contratado Executante RENATA FRANCINI GOBBO DOS SANTOS 23-Número no CRO 120329 24-UF SP 25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante RENATA FRANCINI GOBBO DOS SANTOS 27-Número no CRO 120329 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Glosa	42-Assinatura
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00	S	24/10/2012			
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	S	24/10/2012			
3	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	S	01/10/2012			
4	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	S	01/10/2012			
5	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	S	08/10/2012			
6	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	S	08/10/2012			
7	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	S	15/10/2012			
8	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S	15/10/2012			
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/10/2012 44-Tipo de Alienação 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 48,80 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(ram) 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 15/10/2012 Jussara Pencaz. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012 Jussara Pencaz. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 J. Pencaz. 53-Data, local e Carimbo da Empresa