



338141
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012		4-Data de Autorização 16/10/2012		5-Semina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7698780		7-Data Validade da Semina 11/11/2012																	
Dados do Beneficiário										8-Número da Carteira 000120025301163000000011021		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 ENZO ARAUJO DOS SANTOS																											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO		18-Número no CRO 96982		19-UF SP		20-Código CBO S 96982		21-Código CNE S 96982		22-UF SP		23-Código CBO S 96982		24-UF SP		25-Código CNE S 96982									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 135130470008211111		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO		23-Número no CRO 96982		24-UF SP		25-Código CBO S 96982		26-UF SP		27-Código CNE S 96982		28-UF SP		29-Código CBO S 96982		30-UF SP									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
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 Obra		42-Assinatura			
1-010181100001651		CONSULTA ODONTOLÓGICA				46		OV		1		134100		10100		1031071120		1031071120		1031071120		1031071120		Fabiola			
2-01018511002101		RESTAURAÇÃO RESINA				46		OV		1		134100		10100		1031071120		1031071120		1031071120		1031071120		Fabiola			
3-010184100010901		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR				46		OV		1		134100		10100		1031071120		1031071120		1031071120		1031071120		Fabiola			
4-010184100010901																											
5-010184100010901																											
6-010184100010901																											
7-010184100010901																											
8-010184100010901																											
9-010184100010901																											
10-010184100010901																											
11-010184100010901																											
12-010184100010901																											
13-010184100010901																											
14-010184100010901																											
15-010184100010901																											
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/07/2012																		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 11941010		47-Valor Total R\$ 101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010	
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 03/07/2012		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/07/2012		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 03/07/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/07/2012	