



646066
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
 10/11/11/12/11

6-Número da Guia Principal
 8895104

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 10/05/10/08/12/11

3-Data de Emissão da Guia
 10/03/10/08/12/11

1-Registro ANS
 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 1010202534131500000000101011

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 PAULO DOS SANTOS

14-Telefone
 () - - - - -

15-Nome do titular do plano
 PAULO DOS SANTOS

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11/11/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
 JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
 114176

19-UF
 SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 1319393238854

22-Nome do Contratado Executante
 JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
 114176

24-UF
 SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
 114176

28-UF
 SP

29-Código CBO S

30-Data
 04/11/1967

31-Quantidade US

32-Valor

33-Franchise/Co-participação R\$

34-Aut

35-Data de Realização

36-Motivo da Glosa

37-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00185110200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	1	88,00	0,00	0,00	0,00	04/11/11	24	12/11/11
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/11/11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/11/11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/11/11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 10/11/11/11/11