



342132
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/07 4-Dia de Autorização 12/01/07 5-Sentiu AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7718078 7-Dia Validação da Guia 11/01/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025303841000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12/01/07 12-Setor do Centro Nacional de Saúde

13-Nome ASPRILLA MATHEUS OLIVIO ROCHA DA SILVA 21/03/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ASPRILLA MATHEUS OLIVIO ROCHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO 18-Número no CBO 107116 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 318813194846 22-Nome do Contratado Executante DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO 23-Número no CBO 107116 24-UF SP 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO 27-Número no CBO 107116 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medico da Guia	42-Atividade
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/01/20	12/01/20	12/01/20
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/01/20	12/01/20	12/01/20
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/01/20	12/01/20	12/01/20
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/01/20	12/01/20	12/01/20
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 1,00

Decisão, 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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, 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 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-Quitação

50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/07 51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/07 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 53-Dia local e Carimbo da Empresa 12/01/07

Diego Figueiredo Araújo
Cirurgião Dentista
CROSP-107116