



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/11/0/2/0	4-Data de Autorização 11/9/11/10/2/0	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952972	7-Data Validade da Serina 11/1/01/1/2/1
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

394586
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0100210253220380000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIOMIRO DE OLIVEIRA NASCIMENTO				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano CLAUDIOMIRO DE OLIVEIRA NASCIMENTO	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85300039-012 (1) 85300039-013 (1) 85300039-011 (1) 85300039-014
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 184576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S	

638

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00					
2-00	085300039	RASPAGEM SUB-				44,00	0,00					
3-00	085300039	RASPAGEM SUB-				44,00	0,00					
4-00	085300039	RASPAGEM SUB-				44,00	0,00					
5-00	085300039	RASPAGEM SUB-				44,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	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 1210,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

Doc/Contrato, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 no 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.

50-Dentista Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante BRUNA OLIVEIRA	51-Dentista Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista BRUNA OLIVEIRA	52-Dentista Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável BRUNA OLIVEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO/RS 26161
--	--	--	---