



381175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896480	7-Data Validade da Senha 21/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202529699300000102		13-Nome JENIFER APARECIDA DA SILVA		14-Telefone 22/09/1995		15-Nome do titular do plano JOAO PAULO CESAR DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		18-Número no CRO 67946		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886		22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		23-Número no CRO 67946		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		26-Número no CRO 67946		27-UF SP		28-Código CBO S			

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		09/10/2012
2-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	/ /		09/10/2012
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2012	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 107,00	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/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 09/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--