



375450  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/2014	4-Data de Autorização 30/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871446	7-Data Validade da Senha 14/12/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529480200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MIGUEL OSAEL OLIVEIRA		14-Telefone 09/02/2014	15-Nome do titular do plano OSAEL SANTOS OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	30/09/2014		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	30/09/2014		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/09/2014	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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(ram) 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-Assinatura	50-Dia, mês e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/2014	51-Dia, mês e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2014	52-Dia, mês e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2014	53-Dia, mês e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	----------------------------------