



2580140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/2015		4-Data de Autorização 16/11/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14729130		7-Data Validade da Senha 14/10/2016			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 30321						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708003809988626													
13-Nome RONILDA SILVA REBELO OLIVEIRA													
14-Data de Nascimento 12/07/1969						14-Telefone (11) 5369-1820		15-Nome do titular do plano RONILDA SILVA REBELO OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR CAVALCANTI COELHO				18-Número no CRO 9981		19-UF PE		20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38059008000104		22-Nome do Contratado Executante VIAFACE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA ME				23-Número no CRO 9981		24-UF PE		25-Código CNES 9999999			
26-Nome do Profissional Executante VICTOR CAVALCANTI COELHO		27-Número no CRO 9981		28-UF PE		29-Código CBO 5		25-Enviar - RX (1) 85100218					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00			16/12/2015		<i>[Assinatura]</i>	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão 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 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
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 Grupo-Dentista Solicitante 16/12/15 <i>[Assinatura]</i>				51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 16/12/15 <i>[Assinatura]</i>				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/15 <i>[Assinatura]</i>				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	