



2-Nº

441742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 1 2 / 1 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8149429		7-Data Validade da Senha 1 6 / 1 0 3 / 1 2 1		441742 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 3 1 3 9 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome PALOMA FABRICIA DA SILVA NASCIMENTO										15-Nome do titular do plano FERNANDA FABRICIA ALVES DA SILVA													
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA										18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 1 6 1 3 2 3 1 5 9 5 2 3		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752		28-UF BA		29-Código CBO S																	
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-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0		0 0 0		S		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
2- 0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1		7 2 0 0		0 0 0		S		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
3- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
4- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
5- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
6- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
7- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
8- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
9- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
10- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
11- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
12- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
13- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
14- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
15- / / / / / / / / / / / / / / / /												/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /		/ / / / / /	
43-Data Previsão Término do Tratamento 1 2 / 1 1 / 1 2 / 2 0		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 1 0 6 1 0 0		47-Valor Total R\$		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), 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-Ohservacão

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/11/2012	21/11/2012	21/11/2012	21/11/2012
Thayara Dayan Senzo	Thayara Dayan Senzo	Famanda Fabricia Alves da Silva	Dra. Thayara Dayan Cirurgiã - Dentista C.R.O. BA 17752