



339924
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7708205 7-Data Validade da Série 13/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002012530353500001011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA PAULA SILVEIRA SOUSA 15/04/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA PAULA SILVEIRA SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			07/12/2012		Maria
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			07/12/2012		Maria
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00			07/12/2012		Maria
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto 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 183,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as hipóteses, 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-Operatório

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Maria Paula Silveira Souza