



2461500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 403414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2015	4-Data de Autorização 15/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14359630	7-Data Validade da Senha 10/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025119157800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705205485887078
13-Nome VANILDA DA SILVA		14-Telefone 26/02/1983	15-Nome do titular do plano VANETE MARIA DA SILVA		

16-Alendimento a RN N		17-Non e do Profissional Solicitante JOELTON VARGAS PINTO		18-Número no CRO 8887	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00438521145		22-Nome do Contratado Executante JOELTON VARGAS PINTO		23-Número no CRO 8887	24-UF MS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOELTON VARGAS PINTO		27-Número no CRO 8887		28-UF MS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade JS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140000	0,00		S			
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	7300	0,00		S			
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/09/2015	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade U3 24700	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 17/09/2015 Campo Grande Joelton Vargas Pinto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/2015 Campo Grande Joelton Vargas Pinto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/2015 Campo Grande Joelton Vargas Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/09/2015 Campo Grande Joelton Vargas Pinto
---------------	---	---	---	---

Dr. Joelton Vargas
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8887