



284683
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 2-1/2 10 4-Data de Autorização 1/16/10 3-1/2 10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7390521 7-Data Validade da Semha 10/7/10 15/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 10 2 10 2 5 2 9 1 2 6 3 0 0 0 0 0 1 0 1 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 APARECIDA DE OLIVEIRA

15/12/1971

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 9 6 1 2 0 6 2 8 7 0 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD 1	8,8	10,00	0,00	5118	10/03/10		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/10	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	8,8	10,00	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 18/03/10 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/10 52-Data local e Assinatura do Paciente / Responsável 18/03/10 53-Data local e Carimbo da Empresa 18/03/10

Dra. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 125515