



380153  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
12/11/09/12/01

4-Data de Autorização  
12/9/09/12/01

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7890508

7-Data Validade da Senha  
12/01/12/12/01

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira  
101020253161230000101011

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
/ / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
WELLITON MARQUES ALEXANDRE

06/03/1998

14-Telefone  
( ) - / - /

15-Nome do titular do plano  
WELLITON MARQUES ALEXANDRE

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

18-Número no CRO  
15491

19-UF  
SC

20-Código CBO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
108812153925

22-Nome do Contratado Executante  
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

23-Número no CRO  
15491

24-UF  
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

27-Número no CRO  
15491

28-UF  
SC

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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	1	11/08/2011		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	1	11/08/2011		
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 Cirurgião-Dentista Solicitante: 10/9/11/10/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / / / /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/9/11/10/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/10/11/01/2101

Dr. Henrique de O. Raposo  
Especialista em Implantodontia e Cirurgia Búcco-Maxilo-facial  
CRM/SC 10175