



1855005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/04/2014	4-Data de Autorização 20/04/2014	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12393447	7-Data Validade da Guia 17/07/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511061710000101	9-Plano POS REDE FRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAZ DE NOITE SOUSA		14-Telefone 18/08/1995	15-Nome de Inscrição do plano FLAZ DE NOITE SOLSA		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	18-Número no CRO 144730	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / Cnpj / CPF 2834117885	22-Nome do Contratado/Executante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	23-Número no CRO 144730	24-UF SP	25-Código CBO E	
26-Nome do Profissional Executante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		27-Número no CRO 144730	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Termo/Tagão	34-Face	35-Qtd
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45	1	25800
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Valor	37-Fratura/Co-participação R\$	38-Ata	39-Data de Realização	40-Motivo da Alta	41-Assinatura
			15/04/2014		Flaz
42-Data Previsão Término do Tratamento / /	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 25800	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Total Franquia / Coparticipação 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.					
48-Observação					
49-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável 20/04/2014 Flaz 50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 20/04/2014 Solange 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2014 Flaz 52-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 20/04/2014 Solange					