



431980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/11/12 4-Data de Autorização 01/11/12 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8107508 7-Data Validade da Guia 01/11/13

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120253384990000010103 9-Pessoa POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 01/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome QUEZIA VITORIA DO CARMO LIMA 23/10/2013 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROBERTA CRISTINA DO CARMO LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1396112062870 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES 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- Fatores	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- 0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00			01/11/12		
2- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
3- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
4- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
5- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
6- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
7- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
8- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
9- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
10- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
11- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
12- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
13- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
14- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
15- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Data Previsto Término do Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
01/11/12	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Ortodontia	4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial

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(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/12

Dr. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgia Dentista
CRM/SP 125515