



398533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2010	4-Data de Autorização 21/11/2010	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989120	7-Data Validade da Guia 17/11/2011
8-Número da Carteira 00202532634900001031			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CARLA FERNANDA FERREIRA DE OLIVEIRA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDINE FERREIRA DE OLIVEIRA	
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento N			17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615			22-Nome do Contratado Exatidão MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Exatidão MARINA MOREIRA SALVADOR			27-Número no CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO S
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabule	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
6-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1
7-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1
8-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1
9-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1
10-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
11-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
12-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1
13-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1
14-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1
15-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA			
43-Data Previsto Término do Tratamento / /			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exames Radiológicos 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			46-Valor Quantidade US 727,00		
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, assino e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e assinar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 assinar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2010	

Marina Moreira Salvador
Cirurgia - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia