



1747090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/2014	4-Data de Autorização 18/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12061810	7-Data Validade da Senha 17/04/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025110917000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILENE ESPINDOLA AGUIRO		14-Telefone 13/01/1993	15-Nome do titular do plano MARILENE ESPINDOLA AGUIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA FERREIRA DE SA QUEIROZ	18-Número no CRO 7005	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85100218 (f) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 50137994000160	22-Nome do Contratado Executante MARIELLE DO C ABREU E PAMELA F DE S QUEIROZ	23-Número no CRO 6666	24-UF MS	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante PAMELA FERREIRA DE SA QUEIROZ		27-Número no CRO 7005	28-UF MS	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVL	1	122,00	0,00		S	18/01/2014	Marilene
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VOL	1	122,00	0,00		S	18/01/2014	Marilene
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	18/01/2014	Marilene
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	18/01/2014	Marilene
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 366,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/2014 Pamela Queiroz	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/2014 Pamela Queiroz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/2014 Marilene	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--