



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 11/4/10 8/12/01 4-Data de Autorização 21/1/08 11/2/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7789263 7-Data Validade da Sentença 11/2/11 11/2/01

357270
INTECA BIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253134610000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDRESSA GUIMARAES DA SILVA

28/02/1982

15-Nome do titular do plano ANDRESSA GUIMARAES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

18-Número no CRO 45407

19-UF RJ

20-Código CBO S 125

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09035812776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

23-Número no CRO 45407

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

27-Número no CRO 45407

28-UF RJ

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dias de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Andressa
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					Andressa
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					Andressa
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					Andressa
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					Andressa
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					Andressa
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodentia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 178,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franchia / Co-participação 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

26/10/08 Dr. Jefferson Nogueira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

26/10/08 Dr. Jefferson

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

26/10/08 21 Andressa G.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

26/11/08 INTECA

Jully Anne Mendonça Silva

Cirurgião-Dentista

CRO 45407