



401842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 4-Data de Autorização 11/11/10 5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7982957 7-Data Validade da Sentença 12/10/10 11/12/11

8-Número de Carteira 1002021253131390000010103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO VICTOR MARCELINO DE CARVALHO 03/03/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA PIRES MOURA FERNANDES DE OLIVEI

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1090315882776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONCA 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- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0182000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	14	1	1	73,00	0,00					
2-0	0182000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	34	1	1	73,00	0,00					
3-0	0182000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	24	1	1	73,00	0,00					
4-0	0182000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	44	1	1	73,00	0,00					
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / 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 no 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 Anexar carta do odontologista solicitante para análise na produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/10 2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/10 2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/10 2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/10 2010 JULY ANNE MENDONCA DA SILVA Cirurgião Dentista CRO 45407