



1º-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 12/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número de Guia Principal 7889281 7-Data Validade da Senha 12/10/11 12/12/20

379884
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020253108640000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CLAUDIO FERNANDO PEIXOTO SINESIO SILVA 26/05/1962 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CLAUDIO FERNANDO PEIXOTO SINESIO SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109035812776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- (1) 85100200 (1) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 81000421- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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	81000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	14,00	0,00	08/11/2011				
2-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17 OP	1	8,00	0,00	08/11/2011				
3-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	14,00	0,00	08/11/2011				
4-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	14,00	0,00	08/11/2011				
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 0,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2011 July Anne Mendonça da Silva Cirurgião-Dentista CRO RJ 407

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.