



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7979373 7-Data Validade da Sentença 11/01/21

401031
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025313139000010103 9-Fruto 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 JOAO VICTOR MARCELINO DE CARVALHO 03/03/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA PIRES MOURA FERNANDES DE OLIVEI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 025 - 21-Código na Operadora / CNU/ CPF 10903582776 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-100	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				21/11/2010		
2-100	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				21/11/2010		
3-100	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				21/11/2010		
4-100	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				21/11/2010		
5-100	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				21/11/2010		
6-100												
7-100												
8-100												
9-100												
10-100												
11-100												
12-100												
13-100												
14-100												
15-100												

43-Data Prevista 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2010

Jully Anne Mendonça da Silva
Cirurgião-Dentista
CRO 45407