



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 4-Data de Autorização 10/15/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7745305 7-Data Validade da Sanha 12/17/11 8-Data Validade da Sanha 12/10/12

347849
 INTERCÂMBIO

3-Numero da Carteira 10/02/02 5/29/78 6/40/00 0/01/01 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GILMAR VAZ FERREIRA 04/05/1987 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano GILMAR VAZ FERREIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA

18-Numero no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18/9/96 2/9/8 2/7/15 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Numero no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Numero no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

25-Numero do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 26-Código CBO S 27-Numero no CRO 16213 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquicia-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 1 8 5 9	28	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0,00	12/09/10		
2-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9	47	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0,00	12/09/10		
3-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9	14	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0,00	12/09/10		
4-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9	16	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0,00	12/09/10		
5-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
6-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
7-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
8-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
9-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
10-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
11-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
12-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
13-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
14-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
15-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										
16-0	0	8 2 0 0 0 0 8 5 9										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/08/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-1-Totais 2-Parciais 46-Total Quantidade US 12 9 2 10 0 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 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 11/08/10 Vilasbo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/10 Vilasbo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 Gilmar 53-Data, local e Carimbo da Empresa