



1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/03/2011	4-Data de Autorização 12/03/2011	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 8406924	7-Data Validade do Guia 12/03/2011	805029 INTERCÂMBIO
8-Identificação do Paciente 0002025362860000001021		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Contrato 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS EMANUEL ALVES SANTOS			14-Teléfono 28/11/2011	15-Nome do titular do plano CLAUDINE DOS SANTOS ALVES		
16-Atendimento a 124 N		17-Nome do Profissional Substituto MARINA MOREIRA SALVADOR		18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratante Estabelecimento MARINA MOREIRA SALVADOR		23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Estabelecimento MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número no CRO 40774		28-UF RJ	29-Código CBO 8	
Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos						
30-Total 1 0 0 8 4 0 0 0 1 1 2	31-Código do Procedimento APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ	32-Quantidade 1	33-Quantidade 7 6 1 0 0	34-Faixa 0 1 0 0	35-Quantidade US 0 1 0 0	36-Valor 24,03
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 7 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0	48-Total Faturado / 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma voluntária. 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 Cliente/Outubro Substituto 29/03/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/03/2011
---	---	---	---

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO RJ 40774

Claudine dos Santos Alves