



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 7561057 7-Data Validade da Sentença 11/11/10 8-Data Validade da Sentença 11/11/10

312955
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Numero da Carteira 1001201215129786410101010110141 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SHEILA MARIA DA COSTA FERREIRA 25/11/1992 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano GILMAR VAZ FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 Enviar - RX (0) 81000421- (0) 81000421-

21-Código na Operadora CNPJ / CPF 1819191612191812171151 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Numero no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S

RENATA PINTO SARDENBERG COSTA

27-Numero no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

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 Cita	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,0			21/05/10		Shila
2-0	0	RX PERIAPICAL			1	14	10,0			21/05/10		Shila
3-0	0	RX PERIAPICAL			1	14	10,0			21/05/10		Shila
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13,6	10,0			22/05/10		Shila
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13,6	10,0			22/05/10		Shila
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13,6	10,0			22/05/10		Shila
7-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13,6	10,0			22/05/10		Shila
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/05 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodermia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 21081010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 12/11/05 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/05 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/05 53-Data, local e Cuidado da Empresa