



393356  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 01/12/10 4-Data de Autorização 5-Seria AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7948183 7-Data Validade da Seria 10/17/10 11/12/11

8-Número da Carteira 01012012528121110101010101010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELAINE BARBOSA DE SOUZA 14-Telefone 26/05/1974 15-Nome do Titular do plano ELAINE BARBOSA DE SOUZA

16-Atendimento a RV 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 109035882776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 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 Glosa	42-Assinatura
1-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DMO	1	12,00	0,00			21/10/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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\$

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2011 de Souza 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2011 de Souza 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2011 de Souza 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2011 July Anne Mendonça da Silva Cirurgião-Dentista CRO 45407