



362810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 8/12/10 4-Data de Autorização 12/08/10 8/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7815477 7-Data Validade da Série 12/12/11 1/12/10

8-Número da Carteira 10/02/02 5/2/6 1/2/3 5/0/0 0/0 1/0 1/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EULALIA MARIANA JOVELINO 22/03/1988 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EULALIA MARIANA JOVELINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742252516911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clus	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00		S	28/08/10		Eulalia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Pagamento Termino do Tratamento 28/08/10 44-Tipo de Atendimento 3-Traatamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 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 em 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/10 Eulalia Mariana Jovelino

53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/10 ODONTODOC RAFAS ODONT

ODONTODOC, ORTODONTICA LTDA