



397068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 15/11/2010 3-Data de Autorização 11/11/11 4-Será Pendente de Liberação PENDENTE DE LIBERAÇÃO 5-Número da Guia Principal 397068 6-Data Validade da Guia 11/3/10 7-Data Validade da Guia 11/2/11

8-Número da Carteira 100379994065430961 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009118643102

13-Nome VALDERIO RODRIGUES DE JESUS 14-Teléfono 25/12/1981 15-Nome do titular do plano ANA RAQUEL DE SOUSA LIMA DE JE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 18-Número no CRO 26384 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107110169176784 22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 23-Número no CRO 26384 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 27-Número no CRO 26384 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 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(ram) 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: 11/11/11, Cirurgião-Dentista: Helena Moutinho Pimenta de Mattos, CRO RJ 26384 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/11/11, Cirurgião-Dentista: Helena Moutinho Pimenta de Mattos, CRO RJ 26384 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/11, Beneficiário / Responsável: Ana Raquel de Sousa Lima de Jesus, 53-Data, local e Cessão da Empresa: 11/11/11, CNPJ: 14.098.419/9901-25, EFAO: RJ 3494, Inscrição Estadual: 0521154-9

ODONTOLIFE S.A. - ODONT. LTDA