

2-Nº

438773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/01/12	4-Data de Autorização 11/01/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8135403	7-Data Validade da Sentença 11/01/12	438773 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 100120253313770000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CELIA AMARO DA COSTA	14-Data de Nascimento 15/09/1966	15-Telefone (12) 98584-4263	16-Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		DENTCLINIC				29605		RJ		03	
21-Código na Operadora / CNPJ / C= F		22-Nome do Contratado: Excutante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CRIES			
12 7 6 8 5 6 1 0 8 4		CLARISSA DE SOUZA NETO		29605		RJ					
26-Nome do Profissional Excutante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S					
CLARISSA DE SOUZA NETO		29605		RJ							

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Totais Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/1	1-Tratamento Odontológico	1-Total	1	2,00	0,00
1/1	1-Tratamento Odontológico	2-Parcial	2	0,00	0,00
1/1	3-Exame Radiológico	3-Ortodontia	1	0,00	0,00
1/1	4-Urgência/Emergência	4-Urgência/Emergência	0	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme a execução do tratamento, criei e autorizo a execução do tratamento, conforme o 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(rem) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Opradora a pagar em 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. (Observaci)

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	53-Data, local e Cambio da Empresa
03/11/2010 [Assinatura]	03/11/2010 [Assinatura]	03/11/2010 [Assinatura]	01/11/2010 Rio de Janeiro

Carri'ssa Neto
Dentista

celia amou da cor/ta

Clarissa Neto
Cirurgiã Dentista
CBO/RJ 29.605

53-Data, local e Carimbo da Empresa