



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10	4-Data de Autenticação 16/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8824219	7-Data Validação da Senha 11/04/11	8-Data Validação da Guia 11/04/11
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

623009
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010120125137181561801010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO CARLOS ALVES SANTOS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS ALVES SANTOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARYLEA BARROCA PIRES	18-Número no CRO 44587	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0151161913181371111111	22-Nome do Contratado Executante MARYLEA BARROCA PIRES	23-Número no CRO 44587	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARYLEA BARROCA PIRES		27-Número no CRO 44587	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0101811001010301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,10	0,10			11/06/10	11/06/10	11/06/10
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Pagamento, Tempo do Tratamento 11/06/10	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 Quantitativo US 314,10	47-Valor Total R\$ 10,10	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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10 11/21	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 11/21	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 11/21	53-Dia, local e Campo da Empresa 11/06/10 11/21
--	--	--	--

Dra. Marleya Barroca Pires
Cirurgia Dentista
CRO/RJ 44687