



507493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013 14-Data de Autorização 12/06/2013 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8418502 7-Data Validade da Sentença 12/12/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202530240800000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/12/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALMIR DE LIMA JUNIOR 22/04/1971 14-Teléfono (11) 68817929 15-Nome do titular do plano GENEVEVA DA CONCEICAO MARTINS ALVES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA 18-Número no CRO 49783 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110473380765 22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA 23-Número no CRO 49783 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-12 (I) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA 27-Número no CRO 49783 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0	0	8 5 2 0 0 1 6 6	12	1	1	2 5 8 10 0	10 10 10	5 126 1013 121	5	26/10/2013		
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RIS	1	1	4 10 0	10 10 0	5 126 1013 121	5	26/10/2013		
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/10/2013 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 2172100 47-Valor Total R\$ 10100 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 Solicitante 26/10/2013 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2013 53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2013

DRA. NATALIA LOPES
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-RJ 49783