



TRANSMISSÃO PARA VIDE SDR

1-Registro: ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 15/12/11	4-Data de Autorização 11/14/10 15/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8581864	7-Data Validade da Santa 11/10/10 18/12/11	549798 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1010210215365683000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA						
14-Telefone (111) 1111111111						
15-Nome do titular do plano MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA	18-Número no CRO 49783	19-UF RJ	20-Código CBO S	25-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-41 (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110147131807165111						
22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA						
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-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018152001166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	41		11	258100				20/05/11	
2-0101815100202001		RESTAURAÇÃO RESINA	41	IL	11	88100				20/05/11	
3-11111111111111111111											
4-11111111111111111111											
5-11111111111111111111											
6-11111111111111111111											
7-11111111111111111111											
8-11111111111111111111											
9-11111111111111111111											
10-11111111111111111111											
11-11111111111111111111											
12-11111111111111111111											
13-11111111111111111111											
14-11111111111111111111											
15-11111111111111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/05/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 346100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), ocorreram 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 20/05/11 Natalia Lopes de Souza	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/11 Natalia Lopes de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/11 Maria Francisca Vieira da Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/05/11
--	--	---	---

Cirurgia Dentista
CRO-RJ-49783
DRA. NATALIA LOPES DE SOUZA