



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/12	4-Data de Autorização 12/11/12	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8160694	7-Data Validade da Semeta 12/11/13
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

444461
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020253436710000101031	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 MELYSSA SOPHI QUEIROZ DA SILVA	29/06/2014	14-Idade (8,5)	15-Nome do titular do plano VANESSA MENEZES DE QUEIROZ
---	------------	-------------------	---

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CBO S 04
30-UF AM	31-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

36-1-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 Guisa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00					
2-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	73,00	0,00					
3-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	1	1	73,00	0,00					
4-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	72,00	0,00					
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 252,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Decisão, 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. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) por 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/12
Dra. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 4114

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/12
Dra. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 4114

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/12
Vanessa Menezes de Queiroz

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11