



511976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2013 4-Data de Autorização 13/01/2013 5-Senha AUTORIZADO 8437262 6-Número da Guia Principal 8437262 7-Data Validade da Senha 12/01/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025364300000000101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAQUEL DA SILVA SOUZA 16/01/1983 14-Telefone 021 25727911 15-Nome do titular do plano RAQUEL DA SILVA SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC 18-Número no CRO 29605 19-UF RJ 20-Código CBO S 03 21-Código na Operadora / CNAE / CPF 22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 23-Número no CRO 29605 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 27-Número no CRO 29605 28-UF RJ 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	03/01/2013		
2-00	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	03/01/2013		
3-00	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	03/01/2013		
4-00	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	03/01/2013		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / 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(foram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2013, Rio de Janeiro, RJ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2013, Rio de Janeiro, RJ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2013, Rio de Janeiro, RJ 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2013, Rio de Janeiro, RJ

Dra. Clarissa Neto
Cirurgia Dentista
CRO 29605