



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/03/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909945	7-Data Validade da Senha 12/05/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

384149
INTERCÂMBIO

8-Atividade da Cadeira 00020202532222400000001011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Cadeira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EDUARDO BARBOSA ARAUJO	21/04/1996	14-Telefone (19)29813146-6966	15-Nome do titular do plano EDUARDO BARBOSA ARAUJO
-----------------------------------	------------	----------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Excepcional KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S
--	---	--------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Excepcional KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		1	03/10/2009		Eduardo
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6,10	0,00		1	03/10/2009		Eduardo
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,10	0,00		1	03/10/2009		Eduardo
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		1	05/10/2009		Eduardo
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		1	05/10/2009		Eduardo
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		1	05/10/2009		Eduardo
7-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		1	05/10/2009		Eduardo
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1296,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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) pessoal(is) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
- Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10 10/11/10 28	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 10/11/10 28	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/10 10/11/10 28	53-Data, local e Cuidado da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Eduardo Barbosa Araújo
CRM-AM-11111

Dr. Eduardo Barbosa Araújo
CRM-AM-11111

Eduardo Barbosa Araújo