



431078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Entrada da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103890	7-Data Validade da Guia 01/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número do Contrato 00202532634900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIENE FERREIRA DE OLIVEIRA		14-Data de Nascimento 30/07/1976	15-Data de Emissão do Plano () () () () () ()	16-Nome do titular do plano CLAUDIENE FERREIRA DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número do CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO E 025 -	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 58329005615	22-Nome do Contratado Excepcional MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número do CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CNE Enviar - RX (F) 85200185-24 (F) 85200185-25	
26-Nome do Profissional Excepcional MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número do CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO E	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Pace	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Valor
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	1	258,00	0,00	0,00		09/12/20		0,00
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	1	258,00	0,00	0,00		09/12/20		0,00
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Tratamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Valor Total US
49-Valor Total Franquia / Co-participação R\$
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia