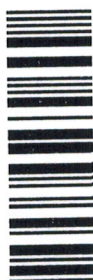




2-N

403895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/210		4-Data de Autorização 12/7/11 01/210		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7991903		7-Data Validade da Serinha 12/1/10 11/211		403895 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 1002102532177510000001021				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde			
13-Nome OTAVIO GABRIEL GOMES SILVA												04/01/2009	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Acadêmico a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES		22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES		19-Número no CRO 7692		19-U-F MT		20-Código CRO S 025 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104674672180		23-Número no CRO 7692		24-U-F MT		25-Código ONES 7692		26-U-F MT		27-Código CRO S 7692			
28-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES													
Ponto de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 1-001811000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dentista Regido 1		34-Frango 34		35-Quantidade US 100		36-Valor R\$ 127,10			
3-1		3-1		3-1		3-1		3-1		3-1			
4-1		4-1		4-1		4-1		4-1		4-1			
5-1		5-1		5-1		5-1		5-1		5-1			
6-1		6-1		6-1		6-1		6-1		6-1			
7-1		7-1		7-1		7-1		7-1		7-1			
8-1		8-1		8-1		8-1		8-1		8-1			
9-1		9-1		9-1		9-1		9-1		9-1			
10-1		10-1		10-1		10-1		10-1		10-1			
11-1		11-1		11-1		11-1		11-1		11-1			
12-1		12-1		12-1		12-1		12-1		12-1			
13-1		13-1		13-1		13-1		13-1		13-1			
14-1		14-1		14-1		14-1		14-1		14-1			
15-1		15-1		15-1		15-1		15-1		15-1			
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ordonia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial			
46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11									
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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													

VIVA CENTRO-OCIDENTO LÓGICO

CRO-MT - EPA0695
Endodontista
CRO-MT: 7692