



2-Nº

1199974 INTERCA

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/4/11 10/12/21		4-Data de Autorização 12/4/11 10/12/21		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10515660		7-Data Validade da Sentia 12/2/10 11/12/31		1199974 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																							
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																			
8-Número da Carteira 180120120254646408000000101021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde																																																																																																																																																																					
13-Nome LAVINIA DA SILVA SANTOS FERNANDES												29/02/2016		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS FERNANDES																																																																																																																																																																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																																																																																																																																																			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA ESPACO FAMILIA LTDA		18-Número no CRO 41529		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																																																																																																																																																																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11088214404000011731		23-Número no CRO 41529		24-UF RJ		25-Código CNES 6389430		26-UF RJ		27-Número no CRO 41529		28-UF RJ		29-Código CBO S																																																																																																																																																																					
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO																																																																																																																																																																																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																			
30-Tabella 1-001810100065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLOGICA		33-Dente Regiões 1		35-Qtd 1		37-Valor 34,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S		40-Data de Realização 22/10/2011		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 4-AB																																																																																																																																																																			
1-001810100065												2-001810100065												3-001810100065												4-001810100065												5-001810100065												6-001810100065												7-001810100065												8-001810100065												9-001810100065												10-001810100065												11-001810100065												12-001810100065												13-001810100065												14-001810100065												15-001810100065											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11												44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 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\$ 0,00																																																																																																																							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/11												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11												52-Data, local e Assinatura 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 pelo assistente esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												53-Data, local e Assinatura 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 pelo assistente esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																																																															
49-Observação												54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/11												55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11												56-Data, local e Assinatura 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 pelo assistente esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												57-Data, local e Assinatura 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 pelo assistente esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																																																			