



331369
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Dia de Emissão da Guia 29/10/2012
 3-Dia de Autorização 30/10/2012
 4-Sentença CONCLUIDO
 5-Numero da Guia Principal 7669824
 6-Dia Validado da Sentença 27/10/2012

7-Numero da Carteira 020253036600000101
 8-Data de Beneficiário
 9-Data Validada de Carteira
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validada de Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome JACQUELINE CAMPOS CASTELLO BRANCO
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do Plano JACQUELINE CAMPOS CASTELLO BRANCO

16-Atendimento a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE
 18-Numero no CRO 35965 RJ
 19-UF RJ
 20-Código CSO S
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF RAQUEL ALEGRE
 22-Nome da Contratada Executante RAQUEL ALEGRE
 23-Numero no CRO 35965 RJ
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Numero do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE
 27-Numero no CRO 35965 RJ
 28-UF RJ
 29-Código CSO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rajão 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	0,00					
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				36	0,00					
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				36	0,00					
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				36	0,00					
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				36	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2012
 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 178,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / 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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 01/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 01/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
 01/10/2012

53-Data local e Cópia de Empresa
 01/10/2012

Dr. Rafael A. Beltrão
 Odontólogo Especializado
 CRO/RJ 35965