



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 09:12:14	4-Data de Autenticação 10/3/11 01:12:14	5-Bankia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13014236	7-Data Vencida de Bankia 12/09/11 12:12:14
--------------------------	--	--	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020202051116918113010000011011
--

6-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencida da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDO BARBOSA RODRIGUES

04/09/1981

14-Identificação (21) 9904413-9245

16-Nome do titular do plano EDUARDO BARBOSA RODRIGUES
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Identificação a IN N	17-Nome do Profissional Beneficiário ELIANE BISPO DE ALENCAR
----------------------------	---

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 01202020833787	22-Nome do Contratado Beneficiário ELIANE BISPO DE ALENCAR
---	---

18-Número no CNO 16512	23-Número no CNO 16512
---------------------------	---------------------------

19-UF RJ	20-Código CNO B 025 -
-------------	--------------------------

24-UF RJ	26-Código CNIB3 Faturar Empresa
-------------	------------------------------------

28-Nome do Profissional Beneficiário ELIANE BISPO DE ALENCAR

27-Número no CNO 16512

28-UF RJ

29-Código CNO B

Plano de Tratamento / Procedimentos Beneficiário

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Memo da Guia	42-Medicação
1	00	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00	10,00		10/03/11	51034024	510
2	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	4,00	0,00	10,00		10/03/11	51034024	510
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

43-Data Provável Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orçamentaria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor Final R\$ / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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 no 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 do Operador-Dentista Solitário 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 03/11/10 10:24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/10 10:24	53-Data, local e Cartão de Empresa 11/11/11
--	--	---	--