



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/10/2011 4-Data de Autorização 02/10/2011 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10324142 7-Data Validade da Sentia 13/10/2011 1129040 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202549788300000102 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDA DE SOUZA ALEXANDRIA 31/10/2011 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano CARLOS LUIZ DE ALEXANDRIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA MANFREDINI 18-Número no CRO 124845 19-U.F. SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10572114869 22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA MANFREDINI 23-Número no CRO 124845 24-U.F. SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA MANFREDINI 27-Número no CRO 124845 28-U.F. SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,0,0	0,0,0,0			10/10/2011		Carlos
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,0,0	0,0,0,0			10/10/2011		Carlos
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,0,0	0,0,0,0			10/10/2011		Carlos
4-00	84000900	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,2,0,0	0,0,0,0			10/10/2011		Carlos
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dado Ppósito, Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1177,00 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, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2011

Dra. Claudia Manfredini
CRO/SP 124.845