



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012 4-Data de Autorização 11/10/11/211 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8157540 7-Data Validade da Senha 18/10/13/12/11

443843
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002021534277600000101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAMELA OLIVEIRA MOLINA MARTINS 25/01/1995 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PAMELA OLIVEIRA MOLINA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1845765370911 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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
1-0	0	810001030			1	34,00	0,00					
2-0	0	853001047			1	36,00	0,00					
3-0	0	853001047			1	36,00	0,00					
4-0	0	853001047			1	36,00	0,00					
5-0	0	853001047			1	36,00	0,00					
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 178,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

50-Diretor, Assessor e Assessoria de Cirurgia-Dentista Solicitante

51-Diretor, Assessor e Assessoria de Cirurgia-Dentista

52-Diretor, Assessor e Assessoria de Cirurgia-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa