



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 4-Data de Autorização 12/2/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8493742 7-Data Validade da Série 11/6/10 8-Data Validade da Guia 17/12/11

526144
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025363384000001011 9-Celular POS REDE PRESTADORA

13-Nome

MIRIAN CRISTINA FERREIRA DOS SANTOS

29/04/1998

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA

18-Número no CRO 38839

19-UF MG

20-Código CBO S 06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 008626329601111111 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

23-Número no CRO 38839

24-UF MG

25-Código CNES

Enviar - RX (IF) 85200140-24

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

27-Número no CRO 38839

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	1	333,00	0,00					CRISTINA
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2011 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 333,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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, a 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 11/08/2011 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2011 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2011 53-Data local e Carimbo da Empresa 11/08/2011

ferreira dos santos

Ana Patricia S. P. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839