



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/09/11 4-Data de Autorização 11/09/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7972250 7-Data Validade da Sentia 11/09/11 399389 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202053260470000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/09/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERNESTINA BARBOSA DA SILVA 09/05/1983 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano ERNESTINA BARBOSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 18-Número no CRO 35649 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0191041672792 22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 23-Número no CRO 35649 24-UF RJ 25-Código CMES 26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 27-Número no CRO 35649 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/09/11	0,00	
2	010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/09/11	0,00	
3	010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/09/11	0,00	
4	010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/09/11	0,00	
5	010	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/09/11	0,00	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 Quantitativo US 158,00 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 11/09/11 08:55:49 CRO 35649 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/11 08:55:35 CRO 35649 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/11 08:55:35 CRO 35649 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/11 08:55:35 CRO 35649

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista
CRO 35649