



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/08/12

4-Data de Autorização
11/11/12

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8127875

7-Data Validade da Senha
10/08/13

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202534093300000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/12

15-Nome do titular do plano
CARLA DA SILVA FERREIRA

13-Nome
CARLA DA SILVA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-Número no CRO
20497

23-Número no CRO
20497

19-UF
RJ

24-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
02057710769

27-Número no CRO
20497

28-UF
RJ

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/12	05/02/12	Carla da S. Ferreira	
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/12	05/02/12	Carla da S. Ferreira	
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/12	05/02/12	Carla da S. Ferreira	
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/12	05/02/12	Carla da S. Ferreira	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-T Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-T Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/12	1-1 Tratamento Odontológico	1-Total	144,00	144,00	0,00							

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) 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
11/11/12 RJ 47547
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/12 RJ 47547
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/12 Carla da S. Ferreira
53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/12