



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/04 4-Data de Autorização 11/01/04 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8469601 7-Data Validade da Senha 10/09/07 8-Intercâmbio 519928

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021021536338400000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MIRIAN CRISTINA FERREIRA DOS SANTOS 29/04/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MIRIAN CRISTINA FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA 18-Número no CRO 38839 19-UF MG 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CUP / CPF 108626329601 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 23-Número no CRO 38839 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 27-Número no CRO 38839 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0	0,00	0	0	0	MIRIAN
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	8,00	0	0,00	0	0	0	MIRIAN
3-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	8,00	0	0,00	0	0	0	MIRIAN
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0	0,00	0	0	0	MIRIAN
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Cronodontia	4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/01/04									298,00	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 11/01/04 Ana Patrícia S. Marques 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/04 Ana Patrícia S. Marques 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/04 Mirian Cristina 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/04 Ana Patrícia S. Marques Cirurgiã Dentista CRO-MG-38839

5.F. Marques 5.F. Marques