



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/08/10 4-Data de Autorização 12/12/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8401365 7-Data Validade da Semeta 11/06/16 8-Data Validade da Guia 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215364118600000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1211/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 503121 INTERCÂMBIO

13-Nome

ADRIANA SILVEIRA DA SILVA DE PAULA 14-Teléfono 16/05/1983 15-Nome do titular do plano ADRIANA SILVEIRA DA SILVA DE PAULA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academismo a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105175801191720111 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 81000421- 30-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabola	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
1-10101	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11	PDV	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
2-10101	815100021	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PDV	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
3-10101	815100021	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PMV	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
4-10101	815100021	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
5-10101	815100021	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
6-10101	815100021	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
7-10101	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
8-10101	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	11	122100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
9-10101	811000042	RX PERIAPICAL	RMIE	11	11	14100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
10-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	11	36100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
11-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	11	36100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
12-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	11	36100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
13-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	11	36100	10,00	10,00	11	11/03/11	Adriane	
14-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-10101	815100004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 18122100 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, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 05/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540
Adriane S. de S. do S. de P. de S.