



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011
 4-Data de Autorização 19/11/2011
 5-Sentia AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7972068
 7-Data Validade da Sentia 11/11/2011
 8-399362 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202532604700000101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERNESTINA BARBOSA DA SILVA
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano ERNESTINA BARBOSA DA SILVA

16-Atendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO
 18-Número no CRO 35649 RJ
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 099104672792
 22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO
 23-Número no CRO 35649 RJ
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO
 27-Número no CRO 35649 RJ
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

30-Tabela 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

30-Tabela	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	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34100	3,40	0,00	0,00	SI	09/11/2011		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 Quantidade US 34,00
 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, 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
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Aldyjanne B. Dietrich

Dra. Aldyjanne B. Dietrich

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
 CRO 35649