



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7980605		7-Data Validade da Sineta 19/10/12		401313 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202532612800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULIANA FERREIRA DOS SANTOS BRANCHINI		30/03/1991		14-Telefone		15-Nome do titular do plano JULIANA FERREIRA DOS SANTOS BRANCHINI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES		18-Número no CRO 72296		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 124719336884		22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES		23-Número no CRO 72296		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES		27-Número no CRO 72296		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00810000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		00		39-Aut	
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HASE		00		40-Data de Realização	
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HASE		00		S	
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAID		00		S	
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAIE		00		S	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 17800		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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		Dra. Iramara Felix Pires Cirurgiã Dentista CRO SP-72296									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012		Dra. Iramara Felix Pires Cirurgiã Dentista CRO SP-72296									
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012		Dra. Iramara Felix Pires Cirurgiã Dentista CRO SP-72296									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012		Dra. Iramara Felix Pires Cirurgiã Dentista CRO SP-72296									
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012		Dra. Iramara Felix Pires Cirurgiã Dentista CRO SP-72296									