



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 3/12/11 4-Data de Autorização 10/3/10 3/12/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8350401 7-Data Validação da Semeta 10/11/06 12/11

489668 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/2012 5/3/5/7/4/2/0/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELIZABETE JESUS RIBEIRO 22/06/1970 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELIZABETE JESUS RIBEIRO

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 / CNPJ / CPF 0186263296011 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0					
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0					
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0					
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0					
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 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.

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

5.F. Marques 5.F. Marques 5.F. Marques 5.F. Marques