



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/12 4-Data de Autorização 10/13/12 5-Senha AUTORIZADO 8108897 6-Número da Guia Principal 8108897 7-Data Validade da Senha 10/12/13 432231 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253391900000010104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO HORANA DE BRITO SANTANA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNO SANTOS SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA 18-Número no CRO 17756 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226 (II) 85100200 (I) 81000421-

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 104092818670 22-Nome do Contratado, Executante LUANA WALGER DE FARIA 23-Número no CRO 17756 24-UF BA 25-Código CNES (I) 85100226 (II) 85100200 (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA 27-Número no CRO 17756 28-UF BA 29-Código CBO S (I) 81000421-

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 Glória	42-Assinatura
1-0	0	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	85	VL	1	122,00	0,00	0,00	10/12/12	12/12/12	12/12/12
2-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00	0,00	10/12/12	12/12/12	12/12/12
3-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/12/12	12/12/12	12/12/12
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 224,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 10/12/12 12/12/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/12 12/12/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/12 12/12/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/12 12/12/12

Dra. Luana Walger de Faria 17756