



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 01/213 4-Data de Autorização 11/9/11 01/213 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11785818 7-Data Validação da Senha 11/5/11 01/1214 1650655 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120215546406000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELAINE IVANETE DA COSTA VIANA 03/06/1977 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ELAINE IVANETE DA COSTA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CRISTINA JACINTO DE REZENDE AZEVEDO 18-Número no CRO 114737 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 141199145500011011 22-Nome do Contratado Executante ATRIO ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO 114737 24-UF SP 25-Código CBO S 0803588

26-Nome do Profissional Executante ANA CRISTINA JACINTO DE REZENDE AZEVEDO 27-Número no CRO 114737 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00				5/11/10/23		X
2-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				5/11/10/23		X
3-												
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 Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o(a) beneficiário(a) e/ou representante(s), 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) 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 Sol. Final 11/9/11 01/23 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/9/11 01/23 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/9/11 01/23 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/11 01/23 54-Data, local e Carimbo do Profissional 11/3/11 01/23

Dr. Ana Cristina de Rezende
Cirurgião Dentista
CRO - SP 114737