



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/01 4-Data de Autorização 12/8/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8187958 7-Data Validade da Senha 11/2/04 452016 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253411351100000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/2/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GIORDANA FOSSATI VIANNA 13/09/1990 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano DIANDRA ROSA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ/CPF 184576537091 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22	1	1	73,00	0,00	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	0,00	0,00							

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(ram) 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-Diagnóstico local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 51-Plano, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161