

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
12/10/20114-Data de Autorização
11/11/115-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO6-Número de Guia Principal
7145007-Data Validade da Sentença
12/11/2011714500
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário

9-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RICHARDISON CIRILO BESERRA DA SILVA

05/06/1988

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
GIANNE KARLLA BESERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN
VANJA FRANCO DE BATTISTI18-Número no CRO
1720719-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
15997138062522-Nome do Contratado Executante
VANJA FRANCO DE BATTISTI23-Número no CRO
1720724-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
VANJA FRANCO DE BATTISTI27-Número no CRO
1720728-UF
RJ

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-V-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8100057				34,00	0,00			11/22/2011		
2-	85100056	ODONTOLÓGICO								12/21/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Agendamento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	34,00	47-Valor Total R\$	10,00
12/10/2011							1-Total 2-Parcial					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

Caridade de apoio. Dente 46. Exame clínico, caramante, curativo O25 ouvidor

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/10/201151-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/201152-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/201153-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/2011

CLINICA ODONTOLÓGICA
BARBÁ DIMENSIONEIREL
CNPJ: 33.866.335/0001-46
EPAO-5631

Emílio B. da Silva