



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 4-Data de Autorização 13/11/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10315611 7-Data Validade da Senha 29/11/12 1126106 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025504111200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome BRUNA RAMOS FARIA 12/04/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNA RAMOS FARIA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALINE DA SILVA SARTOR 18-Número no CRO 24305 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03098163003 22-Nome do Contratante Executante ALINE DA SILVA SARTOR 23-Número no CRO 24305 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALINE DA SILVA SARTOR 27-Número no CRO 24305 28-UF RS 29-Código CBO S

30-Tabula	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 Glosa	42-Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/11/08		
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/11/08		
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/11/08		
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/11/08		
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/11/08		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 178,00 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), 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.

69-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/08, Cxs do Sul, Vlt. S. Sartor 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08, Cxs do Sul, Vlt. S. Sartor 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/08, Cxs do Sul, Vlt. Bruna 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/08, Cxs do Sul, RS

Drª. Aline S. Sartor
Cirurgiã - Dentista
CRO - 24305