



1- Rastro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 11/01/121215		4- Data de Autorização 11/11/111111		5- Sembr 14709179		6- Número da Guia Principal 14709179		7- Data Válida da Sinfra 101810121216	
Dados do Beneficiário											
8- Nome da Criança 0123171100141418		9- Fluno POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Data Válida da Carteira 11/11/111111		12- Número do Cartão Nacional de Saúde			
13- Nome FRANCISCO MARCONDES BARRETO											
14- Nome do Responsável pelo Tratamento 10/07/1976											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante MAYLA CAMPOS DE BRITO		18- Nome do Contratado Executante MAYLA CAMPOS DE BRITO		19- Número no CNP 5770		20- UF AL		21- Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21- Código no Carteira / CNPJ / CPF 111515171316121615161111		22- Nome do Contratado Executante MAYLA CAMPOS DE BRITO		23- Número no CNP 5770		24- UF AL		25- Código CNES		26- Código CBO S	
26- Nome do Profissional Executante MAYLA CAMPOS DE BRITO											
27- Número no CNP 5770		28- UF AL		29- Código CBO S							

00-7-Repelir	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragilo	34-Face	35-Qtd	36-Qt.dentada US	37-Valev	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0 0		01/01/12	025	
2- 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	4 0 0 0		0 0 0 0		01/01/12	45	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Quota Prevista Termo do Tratamento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condições 4-Ultrapassagem

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Fraturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US\$
 10|0|0|

47-Valeto Total R\$
 10|0|0|

48-Total Franquia / Co-participação R\$
 |

Declaro, que após ter sido devidamente escrutado os projetos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (informar 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, compreendendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

50 Data, local e Assinatura do Cursista-Dentista Solicitante	10/01/2012	
51 Data, local e Assinatura do Cursista-Dentista	10/01/2012	
52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/01/2012	
53 Data, local e Causo da Enxema	10/01/2012	

Dra. Mayla Brito
CRIOIA-05770