

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012 4-Data de Autorização 02/10/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14039146 7-Data Validade da Sentença 24/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 09720308928900014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA MARIA CARVALHO PEREIRA 14-Teléfono 24/07/1981 15-Nome do titular do plano ANA MARIA CARVALHO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ELIANE BISPO DE ALENCAR 17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR 18-Número no CRO 16512 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192620833787 22-Nome do Contratado Excutante ELIANE BISPO DE ALENCAR 23-Número no CRO 16512 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excutante ELIANE BISPO DE ALENCAR 27-Número no CRO 16512 28-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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	73,00	0,00	0,00	0,21	07/25		
2-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	73,00	0,00	0,00	0,08	08/25		
3-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	73,00	0,00	0,00	0,08	07/25		
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto 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 219,00 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 no 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/10/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa