



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/4/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/7/10 8/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788501	7-Data Validade da Serinha 11/2/11 1/2/10
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Válida da Carteira	12-Número do Cartão N°
0 0 2 0 2 5 3 1 3 4 3 7 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1/1 1/1	

13- Nome	JANAINA CRISTINA DA SILVA MAIA
14- Telefone	28/06/1976
15- Nome do titular do plano	JANAINA CRISTINA DA SILVA MAIA

16. Acreditamento a FNN	N	17. Nome do Profissional Solicitante	ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	
18. Número no CHO	39372	19. UF	MG	
20. Código CBO S				

Faturar Empresa

21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	22 - Nome do Contratado, Excedente	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CIES
0 6 3 1 1 2 4 6 8 6 0 7	ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	39372	MG	
26 - Nome do Profissional Excedente		27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CRO S
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS		39372	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
31- Idade	32- Diagnóstico
33- Código do Procedimento	34- Dente/Região
35- Preço	36- Quantidade US
37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$
39- Aut	40- Data

[illegible]

7. 

8. 

[illegible][illegible][illegible]

43 Data Previsto Término do Tratamento	27/08/2019
44 Tipo de Atendimento	
45 Tipo de Faturamento	
46 Total Quantidade US	178,00
47 Valor Total R\$	178,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Decido, 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 que prescrever o tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(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/prestador de tratamento realizado, comprometendo-me a arcar, com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																			
1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Cirurgia 4 - Urgência/emergência																																																																																																			
1 - Total 2 - Parcial																																																																																																			

18-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/4/10 8/20	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/4/10 8/20	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/4/10 8/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	____/____/____	

Exponere Puncta de Spha. Mundi

Ara Carolina Dias

RO-MG 39372