



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/11 12 11	4-Dia de Autorização 12 5 1/0 1 1/2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8182841	7-Data Validade da Senha 11/10/14 1/2 1 1	450630 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 3 4 2 7 7 6 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/11 1/1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PAMELA OLIRA MOLINA MARTINS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano PAMELA OLIRA MOLINA MARTINS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		18-Número no CRO 26161	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 4 5 7 6 5 3 7 0 9 1 1 1		22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		23-Número no CRO 26161	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161		28-UF RS	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Código CBO S		30-Código CBO S	

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DVM	1	1 2 2 1 0 0	0,00					
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVM	1	1 2 2 1 0 0	0,00					
3- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVM	1	1 2 2 1 0 0	0,00					
4- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DVM	1	1 2 2 1 0 0	0,00					
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 11/10/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 8 8 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	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 os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Endereço e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Cirurgia Dentista CRO/RS 7913	51-Endereço e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgia Dentista	52-Endereço, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável PAMELA MOLINA MARTINS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------