



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 00:20 4-Data de Autorização 10/3/11 11:20 5-Senha AUTORIZADO 8002604 6-Número da Guia Principal 12/5/10 11:21 7-Data Validade da Senha 12/5/10 11:21 406583 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025327673000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/5/10 11:21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MYCAELA CRISTINA DE MORAES SANTOS 21/11/2005 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano ANALLA CRISTINA DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05758019720 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 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- 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 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0	10,00		03/11/2011			mycaela
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	16 1 1 0 0	10,00		03/11/2011			mycaela
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	16 1 1 0 0	10,00		03/11/2011			mycaela
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16 1 1 0 0	10,00		03/11/2011			mycaela
5- 1 1												
6- 1 1												
7- 1 1												
8- 1 1												
9- 1 1												
10- 1 1												
11- 1 1												
12- 1 1												
13- 1 1												
14- 1 1												
15- 1 1												
43- Data Previsão Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	12 1 7 10 0	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado 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 10/3/11 11/20 Dr. Leonardo Garcia 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11 11/20 Dr. Leonardo Garcia 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 20 mycaela Santos 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540