



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/08/2014

4-Dia de Autorização
12/10/14

5-Sinistro
AUTORIZADO

6-Valor da Guia Principal
8461133

7-Dia Válido da Guia
10/07/10

517758
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

10-Primo
POS REDE PRESTADORA

11-Nome
PATRICIA CRISTINA MONTEIRO RODRIGUES

07/07/1976

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Válido da Guia
10/07/10

12-Número da Guia Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-Número no CRO
20497

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
021057710769

23-Número no CRO
20497

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Encarregado
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

27-Número no CRO
20497

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Relevo	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Responsabilidade participação US	39-Aval	40-Dia de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia/Ortoplastia

45-Tipo de Faturamento

1-Todo 2-Parcial

46-Total Guia em US

144,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Faturado / Documento R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 assinar com os dados previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Operador

50-Operador e Assinatura do Operador/Endereço Profissional
Flavia Cardoso Pereira Dentista
Rua... 22888

51-Operador e Assinatura do Operador/Endereço Profissional
Flavia Cardoso Pereira Dentista
Rua... 22888

52-Operador e Assinatura do Operador/Endereço Profissional
Flavia Cardoso Pereira Dentista
Rua... 22888

53-Dados, Assinatura e Carimbo da Empresa