



1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8175303 7-Data Validade da Série 10/06/14 448554 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202534489700000010011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MANUELA DE JESUS DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MANUELA DE JESUS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1693120610287 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 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	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
2-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
3-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
4-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
5-0	01851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	16,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
6-0	01851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	16,00	10,00	11,24	11/11/11	11/11/11		Manuela
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/11 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 1266,00 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 o(s) procedimento(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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/11