

2-N



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 10		4-Data de Autorização 10/11/12 10		5-Semá AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8105305		7-Data Validade da Smta 10/11/03 12 11		
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 101020253225640000101		9-Piano 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 ALINE APARECIDA SILVA TEIXEIRA		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALINE APARECIDA SILVA TEIXEIRA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alteração a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 12838		19-U-F MG		20-Código CBO S 09		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 174225251691		22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI		23-Número no CRO 12838		24-U-F MG		25-Código CNES 530917		Faturar Empresa Enviar - RX		
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI		27-Número no CRO 12838		28-U-F MG		29-Código CBO S		(I) 8100421- (II) 8100421-				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101811000421	RX PERIAPICAL	RPSP			14100	1010				10/11/12		[Assinatura]
2-0101811000421	RX PERIAPICAL	RMSE			14100	1010				10/11/12		[Assinatura]
3-0101811000421	RX PERIAPICAL	RMIE			14100	1010				10/11/12		[Assinatura]
4-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
5-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
6-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
7-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
8-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
9-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
10-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
11-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
12-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
13-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
14-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
15-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____/____/____	_____	_____
43-Data Prevista 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\$		
11/11/12		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		4121010		01010		01010		
Decisão 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) 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 Encargado-Dentista Solicitante												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Assinatura do Profissional de Odontologia												