



1-Registro AINS
406414

2-Data de Emissão da Guia
10/06/11 10/12/10

4-Data de Autorização
10/07/11 10/12/10

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7836295

7-Data Validade da Semana
10/04/10 11/12/11

390524
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

10/01/2010 2/5/3/0/3/4/4/5/0/0/0/0/0/1/0/2/

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
NIDIA GODOY KEPLER DA SILVA

30/05/1966

14-Tablote

15-Nome do titular do plano
LAERCIO ALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU
17-Nome do Profissional Solucionista
INTEGRAL Y ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA

18-Número no CRO
19924

19-UF
RS

20-Código CBO S
04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
181141121431587111

22-Nome do Contratado Esculante
FLAVIA VILLELA LAURINDO

23-Número no CRO
19924

24-UF
RS

25-Código CUES

26-Nome do Profissional Esculante
FLAVIA VILLELA LAURINDO

27-Número no CRO
19924

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6,10,10	0,10,10	11	04	10/06/2009	X	B

43-Data Prevista Término do Tratamento
10/07/11 10/12/10

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo do Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1144,10,10

47-Valor Total R\$
0,10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1144,10,10

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 arcar com os custos 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/11 11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentist
10/11/10 11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/10 11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11 11/11

Dra. Flavia Villela
Jouliora em Endodontia
CRORS 19924