



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/13/2011		5-Sineta PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 418953		7-Data Validade da Sineta 11/10/2012		418953 INTERCÂMBIO																											
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional da Saúde																											
8-Número da Carteira 010202025299494100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde																													
13-Nome LENIMAR FERREIRA DE PAULO NASCIMENTO										14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano LENIMAR FERREIRA DE PAULO NASCIMENTO																									
16-Atendimento a RN N										17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA		18-Número no CRO 39384		19-UF MG		20-Código CBO S 01		21-Código no CRO 39384		22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 39384		24-UF MG		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 39384		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Tabella 31-Código do Procedimento 1-00081000057 2-00085200034 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE TRATAMENTO EM										33-Dente/Região 35		34-Faixa 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 3400		37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação RS 0,00		39-Aut N		40-Data de Realização 13/11/2011		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura X X											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11										44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 42,00		47-Valor Total RS 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11																			
49-Observação paciente universitário dentista 35. foi realizada perfuração e indicação para sul, selante preventivo e analisar, quanto a necessidade do tratamento estético										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2011																					

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 e contratuais. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.