



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/10 14/12/11

4-Data de Autorização
10/7/10 15/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
8527048

7-Data Validade da Senha
12/6/10 17/12/11

8-Número do Guia Secundário
535303

9-Data Validade da Senha
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002020252435390000103

9-Filho
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
ANA BEATRIZ BORBA DA SILVA GONCALVES

14-Relatório
24/01/2001

15-Data Validade da Carteira
12/11/11 13/8/13 6/3/21

16-Nome do titular do plano
VANIA BORBA DA SILVA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RV
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-Número no CRO
20497

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
102057710769

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

23-Número no CRO
20497

24-UF
RJ

25-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

26-Número no CRO
20497

27-UF
RJ

28-Código CBO S
20497

29-UF
RJ

30-Código CBO S
20497

31-UF
RJ

32-UF
RJ

33-UF
RJ

34-UF
RJ

35-UF
RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentier Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/05/12		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/05/12		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/05/12		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/05/12		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
1-1-11

44-Tipo de Atendimento
1-1-11

45-Tipo de Faturamento
1-1-11

46-Total Quantidade US
144,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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) 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 Cirurgião-Dentista
08/05/12 Dr. Larissa Martins

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/05/12 Dr. Larissa Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/05/12 Ana Beatriz Borba da Silva

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/05/12 Ana Beatriz Borba da Silva

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/05/12 Ana Beatriz Borba da Silva

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/05/12 Ana Beatriz Borba da Silva