

046144		3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012		4-Data de Autorização 19/10/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7932950		7-Data Validade da Guia 03/10/2012		89760 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0020253247900000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANGELA SOUSA LIMA DE FRANCA				14-Telefone 10/01/1992		15-Data Validade da Carteira / /				16-Nome do titular do plano ROSANGELA SOUSA LIMA DE FRANCA			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS				18-Número no CRO 42998		19-UF RJ		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1485422727				22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS				23-Número no CRO 42998		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS				27-Número no CRO 42998				28-UF RJ		29-Código CBO 8			
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado													
30-Tabela	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-Motivo da Class	42-Assinatura	
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	S	19/10/2012				
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	S	19/10/2012				
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		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 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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) 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, 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 19/10/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2012	
Dra. Ingrid Tranhaque Santos CRP 42998													