



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 03/01/07 4-Dia de Autorização 03/01/07 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7748709 7-Data Validade da Semana 12/01/07 348595 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002102531165200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 01/01/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PRISCILA RUFINO VALADO DA ROSA

14-Telefone 15-Nome do titular do plano PRISCILA RUFINO VALADO DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09035882776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

27-Número no CRO 45407 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			05/08/2007		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			05/08/2007		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			05/08/2007		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			05/08/2007		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			05/08/2007		
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 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 1178,00

47-Valor Total R\$ 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 Solicitante 05/08/2007 JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/2007 JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/2007 JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 53-Data, Local e Assinatura da Empresa 05/08/2007 CRO 45407