

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2013 12:51	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13604430	7-Data Validade da Sinistra 03/10/16 12:51
--------------------------	---	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202512091570000001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome KILDARE ANTONIO DE ARAUJO	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano THAIS GLICERIA DE ARAUJO
--------------------------------------	--------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	18-Número no CRC 74335	19-UF SP
--------------------------	--	---------------------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

313119828000112	22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES	23-Número no CRC 74335	24-UF SP
-----------------	--	---------------------------	-------------

25-Nome do Profissional Executante

NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	26-Número no CRC 74335	27-UF SP
-------------------------------	---------------------------	-------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-00081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	05/10/2013	Dr. Acyr Gonzalez
2-00081520085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	16	1	1	1	50,00	0,00	0,00	S	05/10/2013	Dr. Acyr Gonzalez
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 14 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	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), foram realizados 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-Conservação

dent 16	Polpite Dr. ABERTUZA CORONAZIA ENMEDICAÇÕES
---------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

/ /	/ /	05/10/2013 12:51	Dr. Acyr Gonzalez
-----	-----	------------------	-------------------

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

05/10/2013 12:51	Dr. Acyr Gonzalez
------------------	-------------------

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

05/10/2013 12:51	Dr. Acyr Gonzalez
------------------	-------------------

53-Data, local e Contribuição da Empresa

05/10/2013 12:51	Dr. Acyr Gonzalez
------------------	-------------------