



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/2012 12:51		5-Serção AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13540942		7-Data Validade da Servia 11/05/2012 12:51		2211433 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025573119000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		13-Nome do Beneficiário MARCELO AROUCHE MARQUES			
13-Nome MARCELO AROUCHE MARQUES										15-Nome do Filiar do plano MARCELO AROUCHE MARQUES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		18-Número no CRO 74335		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código CNEB 9823328	
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 331198280001112		22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES		23-Número no CRO 74335		24-UF SP		25-Código CBO S		26-Nome do Profissional Executante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade US		34-Valor		35-Franchise/Co-participação R\$	
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		134000		0000		0000		36-Aut	
2-00085200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE		135000		0000		0000		37-Aut	
3-00000000000				100000		0000		0000		38-Aut	
4-00000000000				100000		0000		0000		39-Aut	
5-00000000000				100000		0000		0000		40-Aut	
6-00000000000				100000		0000		0000		41-Aut	
7-00000000000				100000		0000		0000		42-Aut	
8-00000000000				100000		0000		0000		43-Aut	
9-00000000000				100000		0000		0000		44-Aut	
10-00000000000				100000		0000		0000		45-Aut	
11-00000000000				100000		0000		0000		46-Aut	
12-00000000000				100000		0000		0000		47-Aut	
13-00000000000				100000		0000		0000		48-Aut	
14-00000000000				100000		0000		0000		49-Aut	
15-00000000000				100000		0000		0000		50-Aut	
63-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franchise / Co-participação R\$	
11/11/11		4-1-Tratamento Odontológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		84000		0000	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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											
CABE DE RAIZ - OBTURAÇÃO E MEDICAÇÃO DENTÁRIA											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado		54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado			
11/11/11		11/02/2012		11/02/2012		11/02/2012		11/02/2012			