



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/2010	4-Data de Autorização 08/05/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7500058	7-Data Validade da Senha 05/08/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202529869300000101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Data de Autorização 19/07/2010		14-Telefone () -	
13-Nome EMILLY EDUARDA SILVEIRA		15-Nome do titular do plano ALEXANDRINA APARECIDA DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 120897		19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULINE HENCK DA SILVA	23-Número no CRO 120897	24-UF SP	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141191051198180911	22-Nome do Contratado Executante PAULINE HENCK DA SILVA	27-Número no CRO 120897	28-UF SP	29-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante PAULINE HENCK DA SILVA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Data de Realização	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
30-Tabella	31-Código do Procedimento	CONDICIONAMENTO EM									
1-	00181000014										
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/05/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Todo Quantidade US 70101010	47-Valor Total R\$	48-Todo 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/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 21/05/2010 Aquilino Ramos	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2010 Aquilino Ramos	52-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/2010 Aquilino Ramos
--	--	--