



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12/10		4-Data de Autorização 10/9/11 12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8108729		7-Data Validade da Senha 10/12/11 03/12/11		432226 INTERCÂMBIO																													
8-Número da Carteira 1010210215241115600000010104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																	
13-Nome GABRIEL COUTO TEODORO		14-Telefone (11) 91193810150210		15-Nome do titular do plano DAIANE MOREIRA BOMFIM																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 125515		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139611210621870		22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 125515		24-UF SP		25-Código CNES																																	
26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 125515		28-UF SP		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-Vale		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura																	
1-101018110001065				CONSULTA ODONTOLÓGICA				1				34100				01011121120																									
2-101018153001047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1				36100				01011121120																									
3-101018153001047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1				36100				01011121120																									
4-101018153001047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1				36100				01011121120																									
5-101018153001047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1				36100				01011121120																									
6-101018153001047																																									
7-101018153001047																																									
8-101018153001047																																									
9-101018153001047																																									
10-101018153001047																																									
11-101018153001047																																									
12-101018153001047																																									
13-101018153001047																																									
14-101018153001047																																									
15-101018153001047																																									
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$																															
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Fractal		11781010		101101010																																	
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 10/9/11 12/11/20												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11 11/12/11 20										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 11/12/11 20										53-Data, local e Endereço da Empresa 10/9/11 11/12/11 20									
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 11/12/11 20												55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 11/12/11 20										56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 11/12/11 20										57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 11/12/11 20									