



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2013	4-Data de Autorização 07/10/2013	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8430125	7-Data Validade da Serha 26/10/2013	8510329 INTERCÂMBIO						
8-Número da Carteira 00202531412100000101												
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 		12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome HEDIO MARTINS DA FONSECA			14-Telefone 06/10/1961		15-Nome do titular do plano HEDIO MARTINS DA FONSECA							
16-Atendimento a RH N												
17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS			18-Número no CRO 80306		19-UF SP							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810			22-Nome do Contratado Exatante NACELIO MAMEDES DE GOIS		23-Número no CRO 80306							
24-UF SP			25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		26-Código CBO S							
27-UF SP			28-Código CBO S		29-Código CBO S							
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado												
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 Ocorrência	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	22	1	1	73,00	0,00	0,00		17/10/13		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	21	1	1	73,00	0,00	0,00		17/10/13		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	11	1	1	73,00	0,00	0,00		17/10/13		
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	12	1	1	73,00	0,00	0,00		17/10/13		
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1	73,00	0,00	0,00		17/10/13		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	D	1	61,00	0,00	0,00		17/10/13		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$		
17/10/13		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		426,00		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 no 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			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa			
17/10/13			17/10/13			17/10/13			17/10/13 Carimbo & Góis Ltda Odontológica Prime			
CNPJ 17.637.743/0001-70												