



1-Argonizante ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/10/2011		4-Data de Autorização 29/10/2011		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8754235		7-Data Válida da Guia 27/10/2011	
8-Data de Benefício		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Válida da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CINTIA DANIELE PIRES RIBEIRO VIEIRA		14-Teléfono (31) 910231084		15-Nome do titular do plano CINTIA DANIELE PIRES RIBEIRO VIEIRA							
16-Endereço do Contratado Beneficiário pelo Tratamento WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 44352		19-UF MG		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código de Operadora / CBO / CPE 04798519642		22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CHES			
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CBO S					

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Escala	35-Cou	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mo	40-Data de Realização	41-Moção da Guia	42-Autorização
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				29/10/2011		
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				29/10/2011		
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				29/10/2011		
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				29/10/2011		
5	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				29/10/2011		
6	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				29/10/2011		
7	010											
8	010											
9	010											
10	010											
11	010											
12	010											
13	010											
14	010											
15	010											

43-Data de Pagamento do Tratamento 29/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Cirurgia/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 (e/s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assumido(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e do 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-Observações