



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992388	7-Data Validade da Senha 12/1/10 1/12/11
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 100202025326641100010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome SILAS MACARIO DA SILVA		14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do titular do plano CLEONICE BEZERRA DE LIRA MACARIO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE		18-Número no CRO 11569		19-UF PE	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12540189948015	22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	27-Número no CRO 11569	28-UF PE	29-Código CBO S	30-UF PE	31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região HASD	34-Face 1	35-Old 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 28/10/2011	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura r silva
---	--	--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	--	-------------------------	--------------	-------------	--------------------------	------------------	---	-------------	-------------------------------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-	01	01	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3400	0,00	S	28/10/2011	r silva
2-	01	01	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	3600	0,00	S	28/10/2011	r silva
3-	01	01	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	3600	0,00	S	28/10/2011	r silva
4-	01	01	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	3600	0,00	S	28/10/2011	r silva
5-	01	01	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	3600	0,00	S	28/10/2011	r silva
6-	1	1	1										
7-	1	1	1										
8-	1	1	1										
9-	1	1	1										
10-	1	1	1										
11-	1	1	1										
12-	1	1	1										
13-	1	1	1										
14-	1	1	1										
15-	1	1	1										

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 17800	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 o valor devido pelo profissional contratado que assina este 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 Grupo Dentista Solicitante 28/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 28/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2011	53-Data, local e Assinatura do Profissional 28/10/2011
---	---	---	---

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Dr. Renata G. Moraes
CRM-PE 11569
Dr. Renata G. Moraes
CRM-PE 11569
Dr. Renata G. Moraes
CRM-PE 11569

Prazeres - CEP: 54.310-310
Jaboatão dos Guararapes-PE