



1º Registro ANS 406414	3 Data d Emissão da Guia 10/6/01/12/3	4 Data de Autorização 10/6/01/12/3	5-Sernte AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 107400364	7 Data Válida até dia Se Vm 10/6/01/12/3
---------------------------	--	---------------------------------------	------------------------	---	---

8-Número do Cadastro	0002025438190000000101	9-Plano	POS REDE PRESTADORA
11-Nome	FLAVIA, SILVA FERREIRA	10-Entrada	DENTAL UNI COOPERATIVA
	02/11/1979	14-Telefone	() -
		15-No de titular do plano	FLAVIA SILVA FERREIRA
		11-Data Validade da Carteira	/ /
		12-Número do Cartão	

1)-Atendimento a RN		17)-Atendimento Profissional Solicitante		2)-Código CNES	
N		ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		9447396	
2)-Código de Operador a / CNPJ / CPF		23)-Nome do Contratado Exatidão		24)-Código CNES	
2114774710600165		CÍOL SERVICOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA		9947396	
21)-Nome do Profissional Exatidão		27)-Número no CRO		28)-Código CRO S	
ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		41157		MG	
18)-Número no CRO		23)-Nome no CRO		24)-UF	
41157		41157		MG	
27)-Número no CRO		28)-UF		29)-Código CRO S	
41157		MG		MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1F) R\$200,66-22

31-Tabela	31-Cód go de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regiô	34-Fico	35-Cid	36-Cur notante US	37-Valor	38-Franquia/C-o-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realizacão	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0	8 5 2 0 0 1 6 6										
TRATAMENTO ENDODONTICO												
2			22		1	2 5 8 0 0		0 0 0			S 07/02/23	Xilena
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
44-Dnde Pre-Isola Tarr no do Tratamento 44-Tpo de Abandono 1-Tretramento Oronológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 2 5 8 0 0												
47-Valor Total R\$ 0 0 0												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentas, aceito e autorizo a execução do tratamento, com prometo idone e cumprir as orientações de profissional assistente e e car com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Capetrol a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-n e a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

B- Data, local e Assinatura do Gerente-Donatário
 07/10/2015
 B- Data, local e Assinatura do Gerente-Donatário
 07/10/2015
 B- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 07/10/2015
 B- Data, local e Assinatura do Emprego
 07/10/2015

Odontológicos S. S. Ltda
21.474 706 000 165