



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/2101	4-Data de Autorização 10/31/12 11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8102518	7-Data Validade da Senha 12/81/02 11/2111
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201215339116600000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VERA LUCIA SOUZA SANTOS	07/08/1967	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA SOUZA SANTOS
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 158523812687111	22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	23-Número no CRO 16986	24-UF MG	25-Código CNES 1008300
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	8110101294	LEVANTAMENTO		1		12221010	101010			11/11/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 121221010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
--	--	---	-------------------------------------	------------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

ODONTODOC - Radiologia e Os Odontólogos
Documentação Odontológica