



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4-Data de Autorização 11/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8919743	7-Data Validade da Senha 11/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002201254085360000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira //		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANILTON DA SILVA LIMA				14-Teléfono () -				15-Nome do titular do plano VANILTON DA SILVA LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
18-Nome do Profissional Solicitante	17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA RAIMONDI MATIAS	
N	18-Atendimento a RN
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	
131451752161481615	
22-Nome do Contratado Executante	
GIOVANNA RAIMONDI MATIAS	
23-Número no CRO	24-UF
90675	SP
19-UF	20-Código CBO S
SP	
25-Atendimento a RN	
26-Atendimento a RN	
27-Nome do Profissional Executante	
GIOVANNA RAIMONDI MATIAS	
27-Número no CRO	28-UF
90675	SP
29-Código CBO S	

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qto
					36- Quantidade US
					37- Valor
					38- Franquia/Co-participação R\$
					39- Aut
					40- Data de Realização
					41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e a natureza das tratamentos, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações 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, a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-05619480

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2018 Guarapara E	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2018 M. M. M.	53-Data, local e Caminho da Empresa 12/08/2018 Guarapara E
---	--	---	--

CROSP. 90.675