



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/11 10/12/11	4-Data de Autorização / /	5-Semana PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 392368	7-Dia da Validade da Semana 10/6/11 10/12/11
--------------------------	---	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

B.Número de Cartão	0020253245560000101
Partido	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dados Válculos da Censura	/ / / / / / / /
12-Número de Cartão b	

TIAGO RIBEIRO DUTRA	06/08/1989	() () () () - () () () ()
TIAGO RIBEIRO DUTRA		

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
18-Número no CNPQ 114176	
19-UF SP	20-Código CEP S
025 -	

21-Código em Operações / CNPJ / CPF	22-Nome do Contribuinte Excludente	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CMES
31939238854	JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP	
26-Nome do Profissional Excludente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código LBO S	
JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP		

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solidarios

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Angulo	34-Face	35-Dia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Tipo de Tratamento	39-Previsão de Duração em Dias	40-Valor Total R\$	41-Valor Total R\$	42-Valor Total R\$
1	0	0	1	0	0	0	0	1	5			
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2	1											
3	1											
4	1											
5	1											
6	1											
7	1											
8	1											
9	1											
10	1											
11	1											
12	1											
13	1											
14	1											
15	1											
<div> <div>43-Dia Previsto Término do Tratamento</div> <div>44-Tipo de Atendimento</div> <div>45-Tipo de Tratamento</div> <div>46-Total Quantidade US</div> <div>47-Valor Total R\$</div> <div>48-Total Fatura R\$ (Opcional) Parcela R\$</div> </div>												

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, é por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: _____ Assinatura do Profissional: _____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acabo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a encerrar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s)sem realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 encerrar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observe and

53-Data local e Contribuinte da Empresa	54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55-Data local e Assinatura do Contribuinte-Chama Social	56-Data local e Assinatura do Contribuinte-Chama Social
---	--	---	---

18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

CHRO 1P x 1/6