



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 12/01/2010	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944659	7-Data Validade da Sentença 06/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Aluno de Carreira 002020253245560000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
TIAGO RIBEIRO DUTRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-Número na CRO 114176	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
------------------------	---	----------------------------	-------------	--

21-Código na Ombrela / CNPJ / CPF 131939238854	22-Nome do Contratado Circulante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	23-Número na CRO 114176	24-UF SP	25-Código CHES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Escudante
JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
5	010	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	73,00	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Aliamento	45-Exame Radiológico	46-Citodonta	47-Exame Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo 2, Parcial	50-Tipo de Faturamento US	51-Tipo 2, Parcial	52-Tipo de Faturamento R\$	53-Tipo de Faturamento R\$	54-Tipo de Faturamento R\$	55-Tipo de Faturamento R\$
/ /	1						217,00			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), 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.

46-Observação

56-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono do Plano de Saúde 12/11/2010 C. Augusto Dentista CRO 114176	57-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono do Plano de Saúde 12/11/2010 C. Augusto Dentista CRO 114176	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010 C. Augusto Dentista CRO 114176	59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /
---	---	--	--