



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/11 2-Data de Autorização 12/3/01 1/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8226697 7-Data Validade da Sentença 12/10/11 21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253477870000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/10/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LETICIA LESLIE SUZARTE DA SILVA 14-Telefone 08/04/1993 15-Nome do titular do plano LETICIA LESLIE SUZARTE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adoamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES (I) 85100200 (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 28-UF BA 29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	22	MP	1	8,80	0,00			13/01/11		Sandra
2-	00	85100200	21	DP	1	8,80	0,00			13/01/11		Sandra
3-	00	85100200	11	DP	1	8,80	0,00			13/01/11		Sandra
4-	00	85100200	12	MP	1	8,80	0,00			13/01/11		Sandra
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Adoamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 352,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / Co-participação R\$

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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/11 SSA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 SSA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 Leticia Leslie Suzarte da Silva 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/11 SSA