

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 00/05/11 11/12/00		4-Data de Autorização 00/09/11 11/12/00		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8027578		7-Data Validade da Senha 00/03/10 02/12/11		412890 INTERCÂMBIO																																			
Dados do Beneficiário																																															
8-Número de Carteira 000202025325759000000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 00/00/00 00/00/00		12-Número de Cartão Nacional de Saúde																																			
13-Nome FABIO DOS SANTOS MENEZES				11/01/1984				14-Idade 31		15-Nome do Titular do plano FABIO DOS SANTOS MENEZES																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																															
16-Identificação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE																																													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0001118121251				22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE																																											
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glor 42-Assinatura																									
1-0001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA		36		O		1		6		1000		0000		S		019/11/11		20		FABIO																									
2-0001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA		37		O		1		6		1000		0000		S		019/11/11		20		FABIO																									
3-0001851002000		RESTAURAÇÃO RESINA		45		DO		1		8		8000		0000		S		111/11/11		20		FABIO																									
4-0001851002000		RESTAURAÇÃO RESINA		47		OV		1		8		8000		0000		S		111/11/11		20		FABIO																									
5-0001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA		48		O		1		6		1000		0000		S		111/11/11		20		FABIO																									
6-000181000421		RX PERIAPICAL		RPID		1		1		4		0000		0000		S		111/11/11		20		FABIO																									
7-000181000421		RX PERIAPICAL		RMID		1		1		4		0000		0000		S		111/11/11		20		FABIO																									
8-0000000000000																																															
9-0000000000000																																															
10-0000000000000																																															
11-0000000000000																																															
12-0000000000000																																															
13-0000000000000																																															
14-0000000000000																																															
15-0000000000000																																															
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/12		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 387,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 11/12 20												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11 11/12 20												52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/12 20												53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/12 20											