



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/08		4-Data de Autorização 11/12/08		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8931182		7-Data Validade da Senha 11/12/11		657825 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 00202534135000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome PAULO DOS SANTOS				14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do Titular do plano PAULO DOS SANTOS															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31939238854		22-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA																					
26-Nome do Profissional Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 114176																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Ciód		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-001851010196		25		RESTAURAÇÃO RESINA		D		1		61000		0000		S								42/08/11	
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																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 61000		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000													
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 11/12/08																							
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/12/08																							
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/08																							
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11																							