



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2/2/11 4-Data de Autorização 2/2/11 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9429139 7-Data Válida da Serção 2/2/11 825075 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202544024700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIA REGILANE FERREIRA DE LOURDES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANTONIA REGILANE FERREIRA DE LOURDES

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES 18-Número no CRO 72296 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES 23-Número no CRO 72296 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES 27-Número no CRO 72296 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franchise/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Taboleta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	12	DPV	1	122,00	0,00			12/02/11		Antônio
2-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPV	1	122,00	0,00			12/02/11		Antônio
3-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MPV	1	122,00	0,00			12/02/11		Antônio
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 366,00 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.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa