



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/11 11/12/01

4-Data de Autorização
11/17/11 11/12/01

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8048555

7-Data Validade da Sineta
11/01/12 11/21/11

8-Número da Carteira
000202025325520000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JAIRO RODRIGUES TEODORO

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do Titular do plano
JAIRO RODRIGUES TEODORO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

18-Número no CRO
94101

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11715161281889711111

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

23-Número no CRO
94101

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

27-Número no CRO
94101

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
1-0018110010030

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Regiões
1

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação RS
000

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/11/12

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
x glosa

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11 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
3400

47-Valor Total RS
0000

48-Total Franquia / Co-participação RS

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/21/11 11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/21/11 11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/21/11 11/11/20

53-Data, local e Assinatura 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 o(s) procedimento(s) que estiverem no documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

54-Data, local e Assinatura 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 o(s) procedimento(s) que estiverem no documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.