



1-Registo ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2015	4-Data de Autorização 06/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8554487	7-Data Validade da Senha 03/10/2018
-------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00020253583970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIA VANESSA GOMES DOS SANTOS		15-Nome do titular do plano MARIA VANESSA GOMES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S		25-Código CNES		29-Código CBO S	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	24-UF SC	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-21		025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1271713232818		23-Número no CRO 14941		27-Número no CRO 14941			
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	TRATAMENTO ENDODONTICO 21																	
1-00085200166																			
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10-																			
11-																			
12-																			
13-																			
14-																			
15-																			

43-Data Previsto 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 25800	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 24/10/2015		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2015		52-Data, local e Assinatura da Empresa 24/10/2015	
---------------	--	---	--	---	--	--	--