



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2011	4-Data de Autorização 25/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8986834	7-Data Validade da Senha 23/11/2011
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202540310700000101		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSA REJANE DOS SANTOS FRAGA SILVA	
13-Nome ROSA REJANE DOS SANTOS FRAGA SILVA					
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER	18-Número no CRO 4192	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22254668072			22-Nome do Contratado Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER	23-Número no CRO 4192	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER			27-Número no CRO 4192	28-UF RS	29-Código CBO S
			20-Código CBO S		
			25-Código CNES		
025 - Faturar Empresa					

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/08/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/08/2011	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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/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
25/08/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/08/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/08/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/08/2011

Só Odonto
ODONTÓLOGOS ASSOCIADOS LTDA.
04.849.878/0001-04