



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 14/12/11	4-Data de Autorização 12/2/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 84989390	7-Data Validade da Senha 12/2/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 101021021537027770000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome VANESSA SANTOS DOS SANTOS	22/10/1986	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano VANESSA SANTOS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1016194171523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glose	42-Assinatura
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
2	100	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
3	100	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
4	100	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
5	100	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
6	100	RESTAURAÇÃO RESINA		15	0	16,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
7	100	RESTAURAÇÃO RESINA		48	0	16,00	0,00			10/3/10 15/12/11		
8	100											
9	100											
10	100											
11	100											
12	100											
13	100											
14	100											
15	100											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/1/11 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1296,00	47-Valor Total R\$ 1010,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,10
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/10 15/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 15/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/10 15/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/3/10 15/12/11 SSA
---	---	---	---