



1-Registro ANS 406414  
3-Dia de Emissão da Guia 10/09/12  
4-Dia de Autorização 12/12/11  
5-Senha AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 8130980  
7-Data Validade da Senha 10/09/13

8-Número da Carteira 10020253248600000102  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCINEI DA SILVA MESQUITA  
14-Teléfono ( )  
15-Nome do titular do plano MABIA CRISTINA VIANA DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
16-Matrimônio a RN FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA  
17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA  
18-Número no CRO 7149  
19-UF PA  
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código do Operador / CNPJ / CPF 0115576812136  
22-Nome do Contratado Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA  
23-Número no CRO 7149  
24-UF PA  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA  
27-Número no CRO 7149  
28-UF PA  
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 Closs 42-Assinatura

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 Closs	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HASE	1	1	3 5 10 0	0,10	0,00	S	12/01/2012	gjuvme	
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HASD	1	1	3 5 10 0	0,10	0,00	S	12/01/2012	gjuvme	
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HAID	1	1	3 5 10 0	0,10	0,00	S	12/01/2012	gjuvme	
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HAIE	1	1	3 5 10 0	0,10	0,00	S	12/01/2012	gjuvme	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Prévio ao Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1 4 0 10 0  
47-Valor Totál R\$ 0,10 48-Totál 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contraído. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação  
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
51-Dia, local Assinatura do Cirurgião-Dentista  
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Dia, local e Carimbo da Empresa