



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2011	4-Data de Autorização 14/11/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021944	7-Data Validade da Sentença 02/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202025326056000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Nome SOLANGE DA APARECIDA SILVA DE LARA DE OL	
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SOLANGE DA APARECIDA SILVA DE LARA DE OL			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14941		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	24-UF SC		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127113232818		23-Número no CRO 14941		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Excitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		28-UF SC		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 Glosa	42-Assinatura		
1-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
2-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00	0,00	SI	03/12/20		Salang		
3-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	0,00	SI	03/12/20		Salang		
4-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00	0,00	SI	03/12/20		Salang		
5-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
6-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
7-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
8-	0 0 8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
9-	0 0 8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
10-	0 0 8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00	0,00	SI	18/11/20		Salang		
11-	0 0 8 1 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	SI	04/01/21		Salang		
12-	0 0 8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00	SI	04/01/21		Salang		
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	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(ram) 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		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2011 x Solange		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2011	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2011		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 18/11/2011	