



1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 01/03/2016 12:01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7609920		7-Data Validade da Senha 01/09/2012 01		319836 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 010210212530219300000101021				9-Pleto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 01/01/01/01/01		12-Número do Conselho Nacional de Saúde	
13-Nome WELLINGTON SOUZA SILVA				14-Teléfono 01/12/1987		15-Nome do titular do plano LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA					
16-Matriculação a RVN DIEGO ADRIANO RICARDO				17-Aceno do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 121025		19-UF SP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1313389113982611				22-Nome do Contratado Excepcional DIEGO ADRIANO RICARDO		23-Número no CRO 121025		24-UF SP		25-Código ONES	
26-Nome do Profissional Excepcional DIEGO ADRIANO RICARDO				27-Número no CRO 121025		28-UF SP		29-Código CBO S		2025 Faturar Empresa	
Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados											
30-tabela		31-Descrição		32-CDD		33-Quantidade US		34-Fatores		35-Valor	
1-00018110000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34100		0100		36-Franquia/Co-participação R\$ 39-Anl 40-Data de Realização 41-Monro da Glasa 42-Assinatura	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Dia Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		34100		0100			

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), 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.

Assinatura do Beneficiário: _____ Data: 12/10/2016

Assinatura do Cirurgião-Dentista: _____ Data: 12/10/2016

Assinatura do Cirurgião-Dentista: _____ Data: 12/10/2016