



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/12	4-Data de Autorização 11/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8404174	7-Data de Validade da Senha 17/06/12
8-Número da Carteira 10120215361190300101011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JOSE FERREIRA DA SILVA			
14-Telefone 26/12/1964		15-Nome do titular do plano JOSE FERREIRA DA SILVA			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11329214103839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-UF SP	

30-Tabela 1-0081100065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	43-Data Prevista Término do Tratamento 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$
15			
14			
13			
12			
11			
10			
9			
8			
7			
6			
5			
4			
3			
2			

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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), conforme acima apresentado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/12
Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276				