



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/121210	4-Data de Autorização 11/21/121210	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134549	7-Data Validade da Sentença 11/01/131211
--------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020121533891110000001010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/131211	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PAULO SERGIO MELO DOS SANTOS	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULO JOSE DOS SANTOS JUNIOR
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA	18-Número no CRO 17756	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10409128118670	22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA	23-Número no CRO 17756	24-UF BA	25-Código CNES Envia - RX (1) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA	27-Número no CRO 17756	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1-1010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00		15	11/12/10		
2-1010810000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1	14,00	0,00		15	11/12/10		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data 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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	48,00	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) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 21/12/10 Luana, Faria	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 21/12/10 Luana, Faria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 21/12/10 Paulo Sergio Melo dos Santos Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 21/12/10
---	---	--	--

Dra. Luana Walger de Faria
Cirurgiã-Dentista/Odontopediatra
CRO-BA: 17756