



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012 4-Data de Autorização 06/11/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7916362 7-Data Validação da Sentença 28/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0002025311852000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira

13-Nome WELLINGTON JOSE COSTA DE AZEVEDO 24/09/1974 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano WELLINGTON JOSE COSTA DE AZEVEDO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número na CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número na CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número na CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO 3

01.11.20 B.C

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente Replido	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tela	31-Código do Procedimento	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	161,00	0,00			01/11/2012		
1-	0											
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista 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-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	161,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista, Especialista 06/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Wellington Jose Costa de Azevedo