

Odontolife
transfere para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



384076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909788	7-Data Validade da Senha 25/12/2010
Dados do Beneficiário			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
8-Número da Carteira 00202531626900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALDAIR MARCOS		14-Teléfono 28/07/1969	15-Nome do titular do plano ELISANGELA PADIAL MARCOS		
Dados da Contratação Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executor MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executor MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE		1
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-00185300047					
7-00185300047					
8-00185300047					
9-00185300047					
10-00185300047					
11-00185300047					
12-00185300047					
13-00185300047					
14-00185300047					
15-00185300047					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Molho de Glicose					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término de Tratamento 08/10/2010					
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 178,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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/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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executor
08/10/2010

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
08/10/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/2010 ALDAIR

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

OdontLife
franquizado para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



384083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909808	7-Data Validade da Senna 25/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600346903		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BRUNA LOCAMBO DE FREITAS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CHRISTIANY VICTOR LOCAMBO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/09/2010		bl
2	008100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			20/09/2010		bl
3	008100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			20/09/2010		bl
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/09/2010	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/09/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/09/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

CARIMBO
CRO 123201



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

384087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2019	4-Data de Autorização 01/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909821	7-Data Validade da Senha 25/11/2019																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 0020251105506003469011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome CHRISTIANY VICTOR LOCAMBO		14-Telefone 03/01/1973	15-Nome do titular do plano CHRISTIANY VICTOR LOCAMBO																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES																																															
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabeta	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																																							
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	0,00			01/09/2019		X																																							
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			36	0,00			01/09/2019		X																																							
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			36	0,00			01/09/2019		X																																							
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			36	0,00			01/09/2019		X																																							
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			36	0,00			01/09/2019		X																																							
6-00851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	0,00			01/09/2019		X																																							
7-00851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61	0,00			01/09/2019		X																																							
8-																																																			
9-																																																			
10-																																																			
11-																																																			
12-																																																			
13-																																																			
14-																																																			
15-																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento 20/09/2019		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 300,00		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), 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.																																																			
49-Observação																																																			
50-Data, local e Assinatura do Gerente/Dono da Empresa 09/09/2019													51-Data, local e Assinatura do Gerente/Dono da Empresa 09/09/2019													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2019													53-Data, local e Carimbo da Empresa												

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



378640
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886392	7-Data Validade da Senha 18/11/2019
8-Número da Carteira 0020225316269000000101		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 ELISANGELA PADIAL MARCOS		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELISANGELA PADIAL MARCOS		
16-Assinatura e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873111		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	008511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88100	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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/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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Odontolife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



381776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/1994	4-Data de Autorização 24/10/1994	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899368	7-Data Validade da Senha 22/11/2000
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020253019490000102		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome THALITA NASCIMENTO ALBANO		15-Data de Nascimento 30/10/1994	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano VALDENI FRANCISCA DO NASCIMENTO	
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Alcance do RIN N	20-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	21-Número no CRO 123201	22-UF SP	23-Código CBO S	24-025 - Faturar Empresa
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873		26-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S

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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/1994		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/10/1994		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/10/1994		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/10/1994		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/10/1994		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/11/1994	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 178,00	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/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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/1994	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/1994	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/1994	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



381935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2019	4-Data de Autorização 24/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7900120	7-Data Validade da Senha 22/11/2021
8-Dados do Beneficiário 002025308048000010102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data 25/11/1994	14-Telefone (11) 811211-21755	15-Nome do titular do plano IRACIMAR LIMA BARBOSA
16-Atendimento e RN N			17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP
21-Código na Operadora (CNPJ) - CPF 35526574873			22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO			26-Número no CRO 123201	27-UF SP	28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00	0,00		08/12/2019		Denise
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		08/12/2019		Denise
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		08/12/2019		Denise
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		08/12/2019		Denise
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		08/12/2019		Denise
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/12/2019	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 205,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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
Dado com garantia de primeira mão, pagamento em 12 parcelas e que estão sendo realizadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/2019 Denise	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/2019 Mariana Giordano Panico	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/2019 Denise Valéria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

2-N^o372935
INTERCÂMBIO

CROSS 1

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-12

401778
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 405414	2-Data de Emissão da Guia 12/12/11 01/12/01	3-Data de Autorização 12/14/11 01/12/01	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7982634	6-Data Válida da Senha 12/10/10 11/12/11
8-Nome do Paciente ALINE SANTOS DE LACERDA			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Guia 11/11/11
12-Data de Realização 03/01/1985			13-Telefone (11) 1111-1111		
14-Data de Realização 03/01/1985			15-Nome do titular do plano ALINE SANTOS DE LACERDA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO		18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 13/55/216/57/48/73		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO		23-Número no CRO 123201	24-UF SP
25-Código CNES MARIANA GIORDANO PANICO		26-Número no CRO 123201		27-UF SP	28-Código CBO S (I) 85100218
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1
2-1					
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 Previsão Término do Tratamento 12/12/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Valor Total R\$ 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/11 11/12/11		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 12/12/11 11/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 11/12/11	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



Registro AVG 006414		3-Data de Emissão na Guia 01/02/11 11/2011		4-Data de Autorização 01/03/11 11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8015454		7-Data Validade da Senha 31/01/11 11/2011		409650 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
1-Número da Carteira 01020253162690000101				2-Tipo de Empresa POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira _/_/11/11/11		12-Autorização do Conselho Nacional de Saúde	
13-Nome ELISANGELA PADIAL MARCOS				14-Telefone 17/04/1976 () - - - - -				15-Alameda do Hospital do plano ELISANGELA PADIAL MARCOS							
Direção do Contrato e Responsabilidade pelo Tratamento															
16-Atendimento a 4% N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO				18-Número no CRO 123201		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200			
21-Código da Operadora (OAB) / CPF 35526574873		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO				23-Número no CRO 123201		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executor MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201				28-UF SP		29-Código CBO S							
Planos 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 / Assinatura				
1	010185110020101	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88100	01010	S	03/11/11	03/11/11	(Assinatura)				
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
3-Data Previsto Término do Tratamento: 03/11/11															
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 88100		47-Valor Total R\$ 01010		48-Total Franquia / Co-participação R\$							
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.															
9-Observação															
10-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/11				11-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (SP) 03/11/11				12-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (SP) 03/11/11				13-Data, local e Carimbo de Empresa			