

1-Registro ANS

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 1 / 1 / 1 0 / 1 2 0	4-Data de Autorização 0 2 / 1 / 1 0 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926565	7-Data Validade da Senha 13 0 / 1 / 1 2 / 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 4 1 2 8 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Name

13-Nome	LUCINEIA ALVES DOS REIS	14-Telefone	() - - - - -	15-Nome do titular do plano	LUCINEIA ALVES DOS REIS
	26/01/1972				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N
17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO	18-Número no CRO 27085
19-Uf MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Emprego

21-Código da Operadora / CNP I / CEP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-JF	25-Código CNES
1042012167679	FABIOLA DULCE MONTEIRO	27085	MG	

26- Nome do Profissional Executante

FABIOLA DULCE MONTEIRO	27085	MG
		MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

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\$
19/05/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	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) 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.

A9-Observação

50-Faixa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/2010	03/11/2010	03/11/2010	03/11/2010

CIRURGIĂ DENTISTĂ

CRO-MG: 27085