



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012 4-Data de Autorização 05/10/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9762834 7-Data Validade da Semeta 04/07/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202545370700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira

13-Nome ANA PAULA CARVALHO FERREIRA 07/01/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANA PAULA CARVALHO FERREIRA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RUI 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 18-Número no CRO 138944 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 416974381511 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 27-Número no CRO 138944 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			5/14/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Recebido / Tempo do Tratamento 05/04/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / 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) 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

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/04/12 CROSP 138944 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/04/12 CROSP 138944 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/12 Ana Paula Carvalho 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/04/12