



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 29/10/2005 4-Data de Autorização 21/10/2005 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7745508 7-Data Validade da Sentença 27/10/2005

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025301052000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LETICIA GUEDES REZENDE DA SILVA

02/11/2005

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano ALEXANDRE REZENDE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adoção a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

15689145807

22-Nome do Contratado Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

18-Número no CRO

55535

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

23-Número no CRO

55535

24-UF

SP

25-Código ONES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

27-Número no CRO

55535

28-UF

SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tarifa	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 Gênes	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3	4	0	0		
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 Provisão Termino do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
134												
47-Total Franquia / Co-participação R\$												
12102225/0001-84												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
1												

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 obrigações 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 o profissional contratado para assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

AV. PARADA PINTO, 1028 - SOBRALLOJA - CEP 02611-002

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/08/2005 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/08/2005 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/08/2005 53-Data, local e Assinatura do Profissional 01/10/08/2005

54-Data, local e Assinatura do Profissional 01/10/08/2005