



1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão do Carta 12/1/12/12/0		4-Data de Autorização 12/1/12/12/0		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8160500		7-Data Validação de Sanha 12/1/03/12/1		444398 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Aluno da Carteira 000202025324556000001001												9-Pano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 1/1/1/1/1		12-Número de Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome TIAGO RIBEIRO DUTRA												06/08/1989		14-Padrão ()		15-Nome do titular do plano TIAGO RIBEIRO DUTRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		22-Nome do Contratado Especiente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		18-Número CRO 114176		19-UF SP		20-Código CRO S 025 -		Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / DNEP / CPF 311939238854						23-Número no CRO 114176		24-UF SP		25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Especiente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA						27-Número no CRO 114176		28-UF SP		29-Código CRO S													
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados																							
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 17 0		34-Faixa 1		35-Cidr 6100		36-Quantidade US 000		37-Volter 000		38-Franquia/Co-participação R\$ 5128102121		39-Aut 5128102121		40-Data de Realização 12/1/12/12/0		41-Motivo do Grosse 12/1/12/12/0		42-Assinatura [Assinatura]	
1-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		48 0		1		6100		000		5128102121		5128102121		12/1/12/12/0		12/1/12/12/0		[Assinatura]	
2-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		48 0		1		6100		000		5128102121		5128102121		12/1/12/12/0		12/1/12/12/0		[Assinatura]	
3-000																							
4-000																							
5-000																							
6-000																							
7-000																							
8-000																							
9-000																							
10-000																							
11-000																							
12-000																							
13-000																							
14-000																							
15-000																							
16-000																							
43-Data Prevista Término 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 12200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000			
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 no 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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																							
49-Observação																							