



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 18/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7875117	7-Data Validade da Senha 11/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202025307403000010101		13-Nome DYANA RIBEIRO DA COSTA		14-Telefone 04/02/1999 () - - -		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano DYANA RIBEIRO DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 19769		18-UF RJ		19-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLÍNICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		22-Número no CRO 19769		24-UF RJ		25-Código CNES Envio - RX (I) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA									

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
1-0	0	8100421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	14,00	0,00		11/09/2011		SP
2-0	0	8100421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14,00	14,00	0,00		11/09/2011		SP
3-0	0	8100421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	14,00	14,00	0,00		11/09/2011		SP
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1	46-Total Quantidade US 42,00	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 apresentado, 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(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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 DYANA RIBEIRO DA COSTA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--