



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 2/4/10 2/12/5	4-Data de Autorização 2/4/10 2/12/5	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13577825	7-Data Validade de Serinha 2/5/10 5/12/5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 3 3 1 5 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome LAUREN FERREIRA MELO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Teléfono	15-Nome do Titular do Plano LAUREN FERREIRA MELO	16-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	17-Nome do Profissional Solicitante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI	18-Número no CRO 121219	19-UF SP
20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13001617155001101	22-Nome do Contratado Executante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI	23-Número no CRO 121219	24-UF SP	25-Código CNES 2877171
26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO	27-Número no CRO 121219	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Tabella 31-Código do Procedimento 1 0 0 1 8 1 0 0 1 0 0 3 0	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Quantidade US 3 4 1 0 0	34-Face 1	35-Cid 1	36-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0	37-Valor 0 0 0 0	38-Aut S 2 4 / 1 0 2 / 1 2 5
39-Valor 0 0 0 0	40-Data de Realização S 2 4 / 1 0 2 / 1 2 5	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 3 4 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / 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) 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 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 2/4/10 2/12/5	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 2/4/10 2/12/5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2/4/10 2/12/5	53-Data, local e Carimbo de Empresa		