



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 12/12/01	4-Data de Autenticação 11/08/11 12/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8151447	7-Data Validade da Seria 11/06/11 03/12/11
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012021534279101000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEIA BARBOSA GOETTENAUER	17/05/1984	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KETLEN GOETTENAUER FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN FLAVIA CARDOSO PEREIRA	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	18-Número no CRO 20497	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01021057710769	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	23-Número no CRO 20497	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	27-Número no CRO 20497	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		18/11/2010
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 Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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 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 18/11/2010 Cirurgião-Dentista CRO-RJ 47547	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2010 Cirurgião-Dentista CRO-RJ 47547	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2010 Cleia B. Goettenauer	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---