



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 03/12/11	4-Data de Autorização 10/06/10 03/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8362563	7-Data Validade da Senha 10/04/10 06/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10,0,2,0,2,5,1,1,0,4,6,0,0,0,0,0,0,1,0,1,1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome KAIQUE DE MORAES PENATTI		27/02/1993		15-Nome do titular do plano KAIQUE DE MORAES PENATTI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		18-Número no CRO 14941		19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27713232818		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		23-Número no CRO 14941	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		27-Número no CRO 14941		28-UF SC	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
30-Tabola	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
1-1001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	3,5	10,0	10,0	10/03/12
2-1001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3,5	10,0	10,0	10/03/12
3-1001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3,5	10,0	10,0	10/03/12
4-1001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3,5	10,0	10,0	10/03/12
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									
43-Data Previsto 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 114,0		47-Valor Total R\$ 10,10	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10									

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), 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 10/03/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/12
---	---	---

DR. ANDERSON C. FELICIO
Clínico Geral
CRO 52440/RS