



Registro ANS 408414
Data de Emissão da Guia 14/11/2011
Data de Validade da Guia 18/11/2011
Data de Validade da Guia 12/12/2011
Data de Validade da Guia 12/12/2011

Nome do Paciente JORDANA SOARES DE OLIVEIRA
Data de Nascimento 23/08/2002
Sexo F
Endereço POS REDE PRESTADORA
Cidade DENTAL UNI COOPERATIVA
UF MG
CEP 44352
Município JORDANA SOARES DE OLIVEIRA

Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CPF 0479185119642
Nome do Contrato Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ 44352
UF MG
CEP 44352
Município JORDANA SOARES DE OLIVEIRA

31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Cód.	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut.	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42 - Assinatura
1-010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			12/01/2011		
2-010	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			12/01/2011		
3-010	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			12/01/2011		
4-010	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			12/01/2011		
5-010	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			12/01/2011		
6-010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VO	1	61,00	0,00			12/01/2011		
7-010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	61,00	0,00			12/01/2011		
8-010											
9-010											
10-010											
11-010											
12-010											
13-010											
14-010											
15-010											

43 - Data Prevista Término do Tratamento 12/01/2011
44 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Semi Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência
45 - Tipo de Envolvimento 1 - Total 2 - Parcial
46 - Total Quantidade US 481,00
47 - Valor Total R\$ 0,00
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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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 - Observações

50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2011 BH
51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2011 BH
52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2011 BH
53 - Data, local e Assinatura do Corretor da Empresa 12/01/2011 BH