



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/10/1/2/11	4-Data de Autorização 11/2/10/1/2/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174171	7-Data Validade da Senha 10/6/10/4/2/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/0210210215314216181610101011021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/2/10/1/2/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JULIANDERSON NASCIMENTO SILVA	14-Teléfono 08/12/1974	15-Nome do titular do plano OSNI NASCIMENTO SILVA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI

20-Código no CBO S 025 -	21-Número no CRO RJ 18203	22-Número no CRO RJ 18203	23-Número no CRO RJ 18203	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO RJ 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S 18203
---	--	------------------------------	-------------	--------------------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 110018110002194	32-Descrição LEVANTAMENTO	33-Dente/Região 34-Face 35-Qnt 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aui 40-Data de Realização 41-Motivo da Cisão 42-Assinatura
---	------------------------------	--

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/2/10/1/2/11	44-Tipo de Alandimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222100	47-Valor Total R\$ 10100	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 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 Responsável					
---	--	--	--	--	--

52-Data, local e Assinatura da Empresa					
--	--	--	--	--	--

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
---	--	--	--	--	--

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
---	--	--	--	--	--

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
---	--	--	--	--	--

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
---	--	--	--	--	--

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
---	--	--	--	--	--