



...the ...

2-№

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 7 / 1 1 2 / 1 2 0 1		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8122547		7-Data Validade da Sertha 0 1 7 / 1 0 3 / 1 2 1 1		435796 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 3 4 9 8 6 0 0 0 0 1 0 1 3 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome THOMAS KEVIN DA SILVA SANTOS		22/04/2011		14-Telefone () / / / / / /		15-Nome do titular do plano THULYO PINHEIRO DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RNI N		17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE		18-Número no CRO 11569		19-UF PE		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 5 4 0 8 9 1 9 4 8 0 5		22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS		23-Número no CRO 11569		24-UF PE		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS		27-Número no CRO 11569		28-UF PE		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1 - 0 0 1 8 4 0 0 0 0 0 9 0		1		17 2 0 0		0 0 0		39-Aut		40-Data de Realização	
2 -								39-Franquia/Co-participação R\$		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ / / / / /		1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 2-Parcial		7 2 0 0		0 0 0 0		/ / / / / /	

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 responsável pelo cuidado, e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, todos os honorários e despesas decorrentes do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Silkv Odontologia e Saúde Ltda.

50-Data, local e Assinatura do Circulante-Solicitante

51-Dala, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa - do Monozes Nº 420 A