



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 4-Data de Autorização 11/14/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7918564 7-Data Validade da Sentença 12/08/11 8-Data Validade da Sentença 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025319627000001011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome CRISTINA MACHADO DE ARAUJO 23/02/1990 14-Tratante (912) 993913444 15-Nome do Titular do plano CRISTINA MACHADO DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Solvidamento a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CRO S 04

21-UF AM

22-Código CNES

23-UF AM

24-Código CRO S

25-Código CRO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

159441038253

22-Nome do Contratado Excitante

KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-Código CNES

26-UF AM

27-Código CRO S

28-UF AM

29-Código CRO S

30-Código CRO S

26-Nome do Profissional Excitante

KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

27-Número no CRO 4114

28-UF AM

29-Código CRO S

30-Código CRO S

31-Código CRO S

32-Código CRO S

33-Código CRO S

34-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Quil	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	17	0	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Guilherme
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	18	0	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Guilherme
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	44	0	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Guilherme
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	45	0	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Guilherme
5-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
6-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
7-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
8-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
9-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
10-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
11-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
12-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
13-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
14-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
15-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
11/11/11	1-1	1-1	1-1	244,00	244,00	244,00	244,00	244,00	244,00	244,00	244,00	244,00

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11

Dra. Kely Machado Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4784

Dra. Kely Machado Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4784

CRISTINA MACHADO DE ARAUJO