



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13577833	7-Data Validade de Senha 25/05/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025217272000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Certidão Nacional de Saúde	
13-Nome BERFRAN TEOGENES FRANCA SILVA	14-Teléfono (1515) 911261512	15-Nome do titular do plano BERFRAN TEOGENES FRANCA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI	18-Número no CRO 121219	19-JF SP	20-Código CBO S 06	2025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130064755001101	22-Nome do Contratado Executante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI	23-Número no CRO 121219	24-JF SP	25-Código CNES 2877171	
26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO	27-Número no CRO 121219	28-JF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
1-0008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US 34100					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$ 000					
39-Aut 40-Data de Realização 24/04/12					
41-Motivo da Classe 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US 34100					
47-Valor Total R\$ 000					
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), foi(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
 12/04/12 2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 12/04/12 2012

52-Data, local e Carimbo de Empresa