



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2013		4-Data de Autorização 12/05/2013		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11248911		7-Data Validade da Sinthe 12/08/2013		1461810 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 10102025482047000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome MARGARETE OLIVEIRA PEREIRA				27/01/1979				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do Titular do plano MARGARETE OLIVEIRA PEREIRA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RM N				17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO NEWS MACAPA				18-Número no CRO 433				19-UF AP											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19898036000162				22-Nome do Contratado Executante K E F FAVACHO				23-Número no CRO 433				24-UF AP											
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO				27-Número no CRO 433				28-UF AP				29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-0101815100196		RESTAURAÇÃO RESINA		12		V		1		16100		000		000		000		000		000		000	
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Pagamento		46-Tipo de Pagamento		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\$	
11/11/11		1-Atendimento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		1-Total		2-Parcial		6100		000		000		000		000	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) 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, conforme previsto em contrato.														55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável									
56-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante														57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado									
23/05/2013														23/05/2013									
Kelson Emanuel Farias Favacho														Kelson Emanuel Farias Favacho									
Cirurgião Dentista														Cirurgião Dentista									
CRO AP 433														CRO AP 433									
Observação																							

Margarete Oliveira Pereira