



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/16 4-Data de Autorização 11/09/16 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8717909 7-Data Validade da Sentença 11/09/19 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202538709000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira

13-Nome

TIAGO RAGONE FERREIRA 21/09/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PATRICIA APARECIDA DE CARVALHO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAN DIGITAL GRAJAU 18-Número no CRO 106437 19-UF SP 20-Código CBO S 09 25-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13191547717804 22-Nome do Contratado Executante ALINE FREIRES BIGGI 23-Número no CRO 106437 24-UF SP 25-Código CNES (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

ALINE FREIRES BIGGI 27-Número no CRO 106437 28-UF SP 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-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,10	0,00			11/09/16	19.06.11	Traga
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,10 47-Valor Total R\$ 0,00 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

PAN DIGITAL RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA CNPJ: 38.485.428/000170

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/09/16 11/09/16 11/09/16

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/09/16 11/09/16

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/09/16 11/09/16

53-Data, local e Causa da Empresa

11/09/16 11/09/16

X Tiago Ragone Ferreira