



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
24/10/2012

4-Dia de Autorização
12/3/11/10/12

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7903393

7-Dia Validade da Senha
12/3/11/12/12

382607
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000210215317925000001031

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUIS FELIPE PESSOA CRUZ

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
TAMARA PESSOA DA SILVA

16-Data Validade do Plano
13/07/2008

17-Data Validade da Senha
12/3/11/12/12

18-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

19-Identificação a NN
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

20-Identificação do Profissional
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF
139612062870

22-Número no CRO
125515

23-UF
SP

24-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-UF
SP

27-Código CBO S

28-UF
SP

29-Identificação do Profissional
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

30-Identificação do Profissional
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

31-Código no Operadora / CNPJ / CPF
139612062870

32-Número no CRO
125515

33-UF
SP

34-Código CBO S
025 -

35-Código CNES
Faturar Empresa

36-UF
SP

37-Código CBO S

38-UF
SP

39-UF
SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		12/3/11/12/12			
2-00084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	10,00		12/3/11/12/12			
3-00000000000												
4-00000000000												
5-00000000000												
6-00000000000												
7-00000000000												
8-00000000000												
9-00000000000												
10-00000000000												
11-00000000000												
12-00000000000												
13-00000000000												
14-00000000000												
15-00000000000												
43-Data Previsto 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-Tratamento Odontológico	1-Total	1106,00	0,00								

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) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

Dr. Tatiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-125515