



1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	12/6/11 10/12/11
4-Data de Autorização	10/3/11 11/2/11
5-Sentia	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7995180
7-Data Validada até Semana	12/4/11 01/12/11

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 7 7 0 8 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Válida de Carteira _/_/__/_/_/	
12-Número do Cartão N°	

13-Nome	ROBERT VINICIUS BORGES SILVA	16/11/1998	14-Telefone	(()) - - - - -	15-Nome do titular do passaporto	CLAUDIA BRAZ DA SILVA
---------	------------------------------	------------	-------------	-------------------	----------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CAD S 09	025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF													
5	8	5	2	3	8	1	2	6	8	7			
22-Nome do Contratado Executante													
WANDER LIMA LOURENZON													
23-Número no CRO													
16986													
24-UF													
MG													
25-Código CINES													

26-Nome do Profissional Exercente WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Petro de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
01-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face
31-Código do Procedimento	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor
	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização
	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura	

[illegible]

2.

[illegible][illegible][illegible]

9

7-1

[illegible]

9. _____

[illegible][illegible]

12

[illegible][illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento
02/01/11	22 - Tratamento Odonológico
45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US
1-Total 2-Parcial	2 2 2 0 0
	0 0 0 0
47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
0,00	0,00

decidir, 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 pagar com os custos previstos em contrato, que serão cobrados pelo profissional contratado, que assina esse documento, os valores em anexo, ficando com o profissional com o

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os impostos, taxas, custos e alienações de um atendimento, incluindo todas as apresentações, sobre o atendimento, conforme solicitado, e que não tenho conhecimento de nenhuma outra situação que possa gerar algum tipo de prejuízo ou dano ao atendimento, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao atendimento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Responsável	53-Data, local e Assinatura do Responsável

			
			