



1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

12/6/11 01/210

4-Data de Autorização

12/6/11 01/210

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7994022

7-Dia Validade da Senha

12/4/10 11/211

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 9 7 8 6 4 0 0 0 0 0 1 0 1	8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Janela Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão
13-Nome GILMAR VAZ FERREIRA	04/05/1987	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do Plano GILMAR VAZ FERREIRA	

16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	18-Número no CRO 16213	19-U.F. RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (UF) 86400262-13
21-Código na Operadora / DNPJ / CPF 8191961291812711511111	22-Nome do Contratado Exatante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	23-Número no CRO 16213	24-U.F. RJ	25-Código CINES	
26-Nome do Profissional Exatante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA		27-Número no CRO 16213	28-U.F. RJ	29-Código CBO S	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Unidade/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Assinatura
1-0	085400262	PINO PRE-FABRICADO	13		1	1,18	0,00			11/11/20		
2-0	085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	13		1	1,54	0,00			11/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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\$

O presente contrato, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acolto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em seu plano de pagamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimento da Empresa
11/12/11 11/20 <i>[Assinatura]</i>	11/12/11 11/20 <i>[Assinatura]</i>	11/12/11 11/20 <i>[Assinatura]</i>	11/12/11 11/20