



1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/1/05 3-Dia de Autorização 28/05/05 4-Sinistro AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8617480 6-Dia Validade do Sinistro 19/08/05 7-Número do Contrato Resolvidor do Saúde

8-Nome do Contratado SERGIO SUMAR DOS SANTOS 9-Plan POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Cidade, Estado e Cep do Contratado SERGIO SUMAR DOS SANTOS 12-Nome do Profissional Solicitante SERGIO SUMAR DOS SANTOS

13-Endereço do Contratado (Rua, nº, Bairro, Cidade, Estado, Cep) 14-Telefone 15-Atendimento no CRO 20497 16-UF RJ 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-UF RJ 19-Código CBO S 20-Código CRES 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 020577710769 22-Nome do Contratado - Encarregado FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CBO S 26-UF RJ 27-Número no CRO 20497 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Preço	35-Ordem	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Valor	40>Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Margem
1-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0	0	0	0	3,6	05/05/05		
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0	0	0	0	3,6	05/05/05		
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0	0	0	0	3,6	05/05/05		
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0	0	0	0	3,6	05/05/05		
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dados Previstos Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Tratamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Financeiro / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alienações 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 c) os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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 este documento, os valores referentes aos tratamentos realizados, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Data, local e Assinatura do Contratado (Nome e Assinatura) 50-Data, local e Assinatura do Contratado (Nome e Assinatura) 51-Data, local e Assinatura do Contratado (Nome e Assinatura) 52-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (Nome e Assinatura) 53-Cidade, estado e Cep da Empresa