



1-Registro ANB
408414

2-Dia de Emissão do Guia
07/10/11 2.5

4-Dia de Autuação
11/01/12 5

6-Será
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
13369863

7-Dia Validade do Guia
07/10/14 2.5

2158830
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão
087720310171600016

9-Pessoa
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade do Cartão
/ /

12-Alteração do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13-Nome
ROSIMERE ALVES DOS SANTOS

08/02/1989

14-Telefone
(21) 97304111612

15-Nome do titular do plano
ROSIMERE ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado - Representante pela Instituição

16-Alteração de RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

18-Alteração no CRO
16512

19-UF
RJ

20-Código CBO B
025

21-Código CNEB
RJ

22-Código CBO S
RJ

23-Nome do Contratado Executante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

24-Número no CRO
16512

25-UF
RJ

26-Código CBO S
RJ

28-Nome do Prestador Executante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

Preço do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Faixa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franch/Copiar/Recurso	39-Ad	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1.00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		34	10,00		0,7	01/12/25		
2.00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	11	16	10,00		46	01/12/25		
3.00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	11	16	10,00		16	01/12/25		
4.00												
5.00												
6.00												
7.00												
8.00												
9.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												

43-Dia Próximo Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consentimento 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Franchamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1156,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franch/Copiar/Recurso R\$
/ /

Declaro, que após ler e devidamente esclarecido sobre as condições, faço a entrega e a assinatura de tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e 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 Beneficiário
/ /

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/10/11 12:51

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
16/10/11 12:51

53-Dia, local e Assinatura do Cartão da Empresa
/ /