



|                                                                                   |                                             |                                          |                                                      |                                       |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                          | 3-Dia da Entrega da Guia<br>1 4 / 1 2 / 2 0 | 4-Data de Autorização<br>1 7 / 1 2 / 2 0 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO                             | 6-Número da Guia Principal<br>8144701 | 7-Data Validade da Sentença<br>1 4 / 0 3 / 2 1 |
| Dados do Beneficiário                                                             |                                             |                                          |                                                      |                                       |                                                |
| 8-Alíquota da Carteira<br>0 0   2 0   2 5   3 3   4 8   8 8   0 0   0 0   1 0   1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA              |                                          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                 |                                       |                                                |
| 13-Nome<br>JOAO MULLER ABRANCHES                                                  |                                             |                                          | 11-Data Validade da Carteira<br>    /     /          |                                       |                                                |
| 09/03/1980                                                                        |                                             |                                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                |                                       |                                                |
| 14-Telefone<br>(11) 8 9 2 4 1 5 - 3 1 6 1 1 3 9                                   |                                             |                                          | 15-Nome do Titular do plano<br>JOAO MULLER ABRANCHES |                                       |                                                |

|                                                                                   |                                                                    |                          |             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ORAL D - MATRIZ     | 18-Número no CRO<br>4114 | 19-UF<br>AM | 20-Código CBO S<br>04 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>15   9   4   4   1   0   3   8   2   5   3 | 22-Nome do Contratado Executante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR | 23-Número no CRO<br>4114 | 24-UF<br>AM | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR              |                                                                    | 27-Número no CRO<br>4114 | 28-UF<br>AM | 29-Código CBO S       |

0259

Faturar Empresa

| 30- Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41- Motivo da Causa | 42-Assinatura       |
|------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 1          | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 28              | P       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 13/11/2018           |                     | <i>[Assinatura]</i> |
| 2          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 3          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 4          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 5          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 6          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 7          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 8          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 9          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 10         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 11         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 12         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 13         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 14         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |
| 15         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |                     |

43-Dia 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 2- Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1- Total 2-Parcial

61,00

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 e contrito. 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, comprometendo-me arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Autorizar

51-Autorizar

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, fins, 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(ram) realizado(s) com meu conhecimento 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-Observation

|                                                                                   |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Duq, local e Assinatura do Gerente-Diretor Social                              | 51-Duq, local e Assinatura do Gerente-Diretor                                     | 52-Duq, local e Assinatura do Gerente/Diretor Responsável                          | 53-Duq, local e Carimbo da Empresa                                                  |
|  |  |  |  |

**Dra. Kelly Mourão Aguiar**  
Cirurgiã Dentista  
CRO-AM 4174

~~Dr. A. Kelly Mourão Aguiar  
Cirurgião Dentista  
CRO-AM 41114~~

2. Focus on the brand