



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12/10	4-Data de Autorização 10/31/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8104358	7-Data Validação da Senha 10/11/10/31/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 2 0 0 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------

13-Nome	MARIA DOS SANTOS PUGAS GAMA
14-Telefone	011/11/1993
15-Nome do titular do plano	MARIA DOS SANTOS PUGAS GAMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA LEITAO GOMES SA	18-Número no CRO 1153	19-UF TO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	092159737110
22-Nome do Contratado / Emissor(a)	JULIANA LEITAO GOMES SA
23-Número no CRO	1153
24-UF	TO
25-Código CMES	
Enviar - RX (i) 81000421-RPSE	

26-Nome do Profissional Escriturante JULIANA LEITAO GOMES SA	27-Número no CRO 1153	28-UF TO	29-Código CBO S (1) 55102218
--	---------------------------------	--------------------	--

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	4	2	1				
2- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
43- Data Prevista Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantitativo US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre 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 a pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folharam 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 a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

o Gome
rista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

01/12/20

Jun
Circ
CRO

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

July 1990
Circuit
CRD-1000
1000

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

U / 15 / 20 x mode

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Score	2	1	1	2
-------	---	---	---	---

Des L
7-18

Some 1,000,000

284/0

06.06

00.