



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14348738	7-Data Validade da Senha 08/11/2025
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 151406136468	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RISONEIDE FARIAS DA FONSECA SOTERO	28/05/1972	14-Telefone (185) 3304-0616	15-Nome do titular do plano MOISES DE OLIVEIRA SOTERO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA REGINA CORREA AREBALO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251281774000176	22-Nome do Contratado Executante AREBALO ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA LTDA ME
26-Nome do Profissional Executante PAMELA REGINA CORREA AREBALO	27-Número no CRO 8924
	28-UF CE
	29-Código CBO S
	18-Número no CRO 8924
	19-UF CE
	20-Código CBO S
	23-Número no CRO 8924
	24-UF CE
	25-Código CNES 99999999
	28-UF CE
	29-Código CBO S

30-Tabella	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-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			09/10/2019		
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00			09/10/2019		
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			09/10/2019		
4-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			09/10/2019		
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	14,00	0,00			09/10/2019		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 357,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 15/10/2019, Risoneide	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Fauzes da Fonseca Sotero

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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.