



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012

4-Data de Autorização 12/31/2012

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8160264

7-Data Validade da Senha 12/11/2013

444361
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539660000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SILVONEI LIMA GALIZA

27/08/1990

14-Teléfono

15-Nome do Titular do plano SILVONEI LIMA GALIZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

18-Número no CRO 16305

19-UF BA

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 061917523

22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

23-Número no CRO 16305

24-UF BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 16305

28-UF BA

29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6100	000	05/03/21	Silvaneide
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	6100	000	05/03/21	Silvaneide
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								

33.728,651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso

Av. Dorival Caymmi, 14193

Itapua, CEP: 41635-150

Ed. Walter Negreiros, Sala 110

Salvador - BA.

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 122,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Silvaneide Lima

53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/03/21 SSA