



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/21		4-Data de Autorização 15/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8183715		7-Data Validade da Senha 11/04/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202530752300001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Certeira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome MARA SARNO DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARA SARNO DOS SANTOS							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA				18-Número no CRO 19769		19-UF RJ		20-Código CBO S 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA				23-Número no CRO 19769		24-UF RJ		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA						27-Número no CRO 19769		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			15/01/21					
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
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 78,00		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) 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.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Lilian Freiha

Mara Sarno