



1-Registro ANVS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8414715	7-Data Validade da Guia 23/11/2012
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome AILTON DOS SANTOS SILVA					
14-Telefone 05/11/1987					
15-Nome do Autor do plano AILTON DOS SANTOS SILVA					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO 8 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 58329005615	22-Nome do Contratado Específico MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CBO 8
26-Nome do Profissional Específico MARINA MOREIRA SALVADOR	27-Número no CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

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 de Cessão 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/03/21	Ailton
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/03/21	Ailton
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/03/21	Ailton
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/03/21	Ailton
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			31/03/21	Ailton
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			31/03/21	Ailton
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 666,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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), 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 Conselho-Dentista Solicitante 31/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 31/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/11/2012	53-Data, local e Assinatura do Especialista 31/03/21
--	--	---	---

Ailton dos Santos Silva

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRD-RJ: 40774
Especialista Implantodontia