



|                          |                                                    |                                                |                      |                                       |                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>0 5 / 1 / 2 1 / 2 1 0 | 4-Data de Autorização<br>0 7 / 1 / 2 1 / 2 1 0 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8120440 | 7-Data Validade da Guia<br>0 5 / 1 / 0 3 / 1 / 2 1 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                             |                                       |                                               |                                                    |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 1 5 3 4 9 6 0 0 0 0 1 0 4 | 10-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>1 1 / 1 / 1 1 | 12-Forma de Contato Não Realizada<br>1 1 / 1 / 1 1 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                          |                                        |                                                         |
|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>JOSE HENRIQUE DA SILVA CABRAL | 14-Telefone<br>( 1 1 ) 1 1 1 1 1 1 1 1 | 15-Nome do Titular do Plano<br>THIULO PINHEIRO DA SILVA |
|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE | 18-Número no CRO<br>11569 | 19-UF<br>PE | 20-Código CBO S<br>06 | 225 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                                            |                                                                |                           |             |                |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPT<br>1 2 1 5 4 1 0 8 9 9 4 8 1 0 5 1 1 1 | 22-Nome do Contratado Excludente<br>RENATA GONCALVES DE MORAIS | 23-Número no CRO<br>11569 | 24-UF<br>PE | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                  |                           |             |                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Excludente<br>RENATA GONCALVES DE MORAIS | 27-Número no CRO<br>11569 | 28-UF<br>PE | 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 |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0       | 10181000065               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 34,00            |          | 0,00                            | S      | 07/12/20              | r. Rubens                        |
| 2-0       | 10184000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 35,00            |          | 0,00                            | S      | 07/12/20              | r. Rubens                        |
| 3-0       | 10184000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 35,00            |          | 0,00                            | S      | 07/12/20              | r. Rubens                        |
| 4-0       | 10184000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 35,00            |          | 0,00                            | S      | 07/12/20              | r. Rubens                        |
| 5-0       | 10184000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 35,00            |          | 0,00                            | S      | 07/12/20              | r. Rubens                        |

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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<br>1 1 / 1 / 1 1 1 1 | 44-Tipo de Atendimento<br>1 1 1 1 1 1 1 1 | 45-Tipo de Faturamento<br>1 1 1 1 1 1 1 1 | 46-Total Quantidade US<br>1 1 1 1 1 1 1 1 | 47-Valor Total R\$<br>1 1 1 1 1 1 1 1 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>1 1 1 1 1 1 1 1 |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|

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 condições estabelecidas neste documento, com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome o procedimento no presente documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Renato G. Menezes  
CRO-PE 15348  
07/12/20

Dr. Renato G. Menezes  
CRO-PE 15348  
07/12/20

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Dr. Renato G. Menezes Nº 420 A  
Av. Barão de São Paulo, 54 310-310  
Jaboatão dos Guararapes-PE