



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2013 4-Data de Autorização 10/12/2014 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7498622 7-Data Validade da Sanha 12/8/2016

304573
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202521943160000102 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ERELSON DE SOUSA SILVA 14-Teléfono 06/11/1978 15-Nome do titular do plano DANIELLE EUZEBIO DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GLAICE LAMARAO PEREIRA 18-Número no CRO 44280 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108176376728 22-Nome do Contratado Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA 23-Número no CRO 44280 24-UF RJ 25-Código CNES 0185100226 0185100218 0185100226

26-Nome do Profissional Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA 27-Número no CRO 44280 28-UF RJ 29-Código CBO S 0185100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Glor	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento												
1-0	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA		11	MVPD	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
2-0	085100221	RESTAURAÇÃO RESINA		21	MVP	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
3-0	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA		48	MODL	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
4-0													
5-0													
6-0													
7-0													
8-0													
9-0													
10-0													
11-0													
12-0													
13-0													
14-0													
15-0													

43-Data Previsto 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 366,00 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 no contrato. Declino, 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 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa