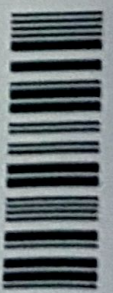


207



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 15/10/201	4-Dia de Autorização 24/10/201	5-Sentida AUTORIZADO	6-Turno da Guia Principal 22:00	7-Dia Validade da Guia 30/10/201
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

3-Valor

396549



0	0	2	0	2	5	3	1	1	1	4	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1
13 Nome																				
9 Ffano																				
POS REDE PRESTADORA																				
10 Empresa																				
DENTAL UNI COOPERATIVA																				
11 Data Validada da Carteira																				
 / / / / 																				
12 Numero do Cartão Nacional de Saúde																				

14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSILENE PEREIRA DA MOTA JANUARIO
22/03/1982	
16-Data do Contrato Rescindível pelo Titular	
17-Nome do Beneficiário	
18-Atendimento a RN	

N		CLINICA SA ODONTOLOGIA E ESTETICA		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		18-Número no CRO		19-UF	
08201003748		38985		RJ	
22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF	
ELAINE DE SOUSA SILVA SA		38985		RJ	
26-Nome do Profissional Exercitante		27-Número no CRO		28-UF	
ELAINE DE SOUSA SILVA SA		38985		RJ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Código CRO S		29-Código CNES	

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- Aliq	40- Data da Realização	41- Motivo da Causa 42- Aliq
1- 0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6	1	0	0	0	0
2- 1											
3- 1											
4- 1											
5- 1											
6- 1											
7- 1											
8- 1											
9- 1											
10- 1											
11- 1											
12- 1											
13- 1											
14- 1											
15- 1											

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

6

1

0

0

47- Valor Total R\$

0

0

0

0

48- Total Franquia / Co-participação

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/11/2022	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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 do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Para Elaine Sá

16- Odenação

 Cirurgia-Dentista
W GRO/RJ 38985

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/12 11:20:00 <i>Edenir</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12 11:20:00 <i>Edenir</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12 11:20:00 <i>Resilene S. M. Soares</i>	53-Data, local e Caimbo da Empresa 12/11/12 11:20:00
--	--	---	---

25.3.82

on 5.5.82

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/11/2012 • *Reilene S. M. de Almeida*

Dra. Elaine Sá
Cirurgiã-Dentista
W GRO/RJ 38985