



2-Nº

tranquilizante para você e para

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 00/08/2016		4-Data de Autorização 11/10/2017		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7622345		7-Data Validade da Sentença 06/10/2019		322109 INTERCÂMBIO																																																											
Dados do Beneficiário																																																																							
13-Nome LUCAS PIETRO DA SILVA ADAO				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																											
8-Número da Carteira 0002025284702000000105																																																																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																																							
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		18-Número no CRO 118776		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa																																																													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3952070846		22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		23-Número no CRO 118776		24-UF SP		25-Código CNES																																																															
26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número no CRO 118776		28-UF SP		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-Responsável																																																	
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3400		0		0		0		0		S		04/09/20		S																																																	
2-00084000112		APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ		1		1		7600		0		0		0		0		S		04/09/20		S																																																	
3-																																																																							
4-																																																																							
5-																																																																							
6-																																																																							
7-																																																																							
8-																																																																							
9-																																																																							
10																																																																							
11																																																																							
12																																																																							
13																																																																							
14																																																																							
15																																																																							
43-Data Previsão Término do Tratamento												44-Tipo de Atendimento												45-Tipo de Faturamento												46-Total Quantidade US												47-Valor Total R\$												48-Total Franquia / Co-participação R\$											
																								1-Total 2-Parcial												111000												0000																							

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(ram) 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

51

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/10/2012

[Assinatura]

Dra. Rebeca E. Samara
Cirurgiã Dentista
CRD: 138776

Dra. Rebeca L. Saldarriaga
Cirugiã Dentista
CRO: 118776

53-Data, local e Carimbo da Empresa