

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2017 4-Data de Autorização 10/15/10/18/12/10 5-Senha AUTORIZADO 7751179 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Guia 12/19/11/10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021521917864001010101010104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SHEILA MARIA DA COSTA FERREIRA 14-Telefone (11) 251111992 15-Nome do titular do plano GILMAR VAZ FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8191916121918121711511 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	81511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	11221010	10100	10100	10100	12/19/10/12/10	5500	5500
2-111												
3-111												
4-111												
5-111												
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												

43-Data Fim do Tratamento 12/19/10/12/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condicionaria 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11221010 47-Valor Total R\$ 10100 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 em contrato. Declaro, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/19/10/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/19/10/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/19/10/12/10 e Sheila 53-Data, local e Carimbo da Empresa