



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/16/21	4-Data de Autorização 17/10/16/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8689658	7-Data Validade da Senha 10/9/10/19/21
8-Número da Carteira 00202538769900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELLE DA SILVA SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELLE DA SILVA SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA			18-Número no CRO 19769	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ	29-Código CBO S
20-Código CBO S 09 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME					

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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			17/10/16/21		MSS
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			17/10/16/21		MSS
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			17/10/16/21		MSS
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-2 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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 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, 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 17/10/16/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/16/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

Lilian Freiha

Michelle da Silva Santos