



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/9/12/11	4-Data de Autenticação 12/4/10/9/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9100880	7-Data Validação da Senha 12/3/11/2/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201215290143301001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-6 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome EDUARDO DUARTE DE PONTES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDUARDO DUARTE DE PONTES
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTHO OMEGA	18-Número no CRO 37469	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	21-UF RJ	22-Código CNES 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	--

23-Código na Operação / CUPJ / CPE 1101018191810171516111	24-Nome do Contratado Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA	25-Número no CRO 37469	26-UF RJ	27-Código CBO S 37469
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------

28-Nome do Profissional Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA	29-Código CBO S 37469
--	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1-010181101010161511		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	34,10,10	0,10,10		S	29/09/2021		
2-01018131010141711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	36,10,10	0,10,10		S	29/09/2021		
3-01018131010141711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	36,10,10	0,10,10		S	29/09/2021		
4-01018131010141711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	36,10,10	0,10,10		S	29/09/2021		
5-01018131010141711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	36,10,10	0,10,10		S	29/09/2021		
6-111111111111111111												
7-111111111111111111												
8-111111111111111111												
9-111111111111111111												
10-111111111111111111												
11-111111111111111111												
12-111111111111111111												
13-111111111111111111												
14-111111111111111111												
15-111111111111111111												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
1178,10,10												
47-Valor Total R\$												
1010,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu conhecimento 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 29/09/2021	51-Data e Assinatura do Contratado-Dentista 29/09/2021	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2021	53-Data e Assinatura do Profissional de Saúde 29/09/2021
---	---	--	---

54-Data e Assinatura do Profissional de Saúde 29/09/2021	55-Data e Assinatura do Profissional de Saúde 29/09/2021
---	---