



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 13/10/21	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 453151	7-Data Validade da Sentença 13/10/21	453151 INTERCAMBIO
-----------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------

8-Número da Carteira 002025348330000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 13/10/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAN DAVID COLMAN FERREIRA	16/01/1998	14-Telefone () 842212574	15-Nome do titular do plano ELLEN ZELVITA TORRES DOS PASSOS	

16-Abastecimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CRO S 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gripe	42-Assinatura
1-0	018100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			13/10/21		
2-0	018510056	CURATIVO DE DEMORA EM	17	1	1	8,00	0,00			13/10/21		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

22.788,89910001-91

TEXEIRA ROCCO TEXEIRA Nº 1428 sala P1

43-Data Final do Tratamento 13/10/21	44-Tipo de Abastecimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total Faturado / Co-participação R\$ 42,00
--------------------------------------	---	--	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de atendimento, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições de pagamento 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) pelo profissional 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. 13/10/21

CPF 035 819 109-26

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/21
--	--	--	--

CP# 133 M19 1288-26