



Requirements for the 501(c)(3) status

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2020		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7952357		7-Data Validade da Senha 11/11/2021		394449 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253268170000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
13-Nome GENILDA CARVALHO DE JESUS										15-Nome do titular do plano GENILDA CARVALHO DE JESUS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome de Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006632359523		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752		28-UF BA		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Old	
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34000		000		S13/10/20	
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36000		000		S14/10/20	
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36000		000		S14/10/20	
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36000		000		S14/10/20	
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36000		000		S14/10/20	
6-1111111111				1						S14/10/20	
7-1111111111				1						S14/10/20	
8-1111111111				1						S14/10/20	
9-1111111111				1						S14/10/20	
10-1111111111				1						S14/10/20	
11-1111111111				1						S14/10/20	
12-1111111111				1						S14/10/20	
13-1111111111				1						S14/10/20	
14-1111111111				1						S14/10/20	
15-1111111111				1						S14/10/20	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2020		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 117800		47-Valor Total R\$ 117800		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 117800	
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 se responsabilizar por este procedimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação Cirurgia - Dentista											
CRO-BA 17752											

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data: local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Thayyero Daym Souza
fl. me