



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/10/2021 4-Dia de Autuação 13/10/2021 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10352927 7-Dia Validade da Guia 12/12/2021 1140419 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

3-Nome da Criança 002021551044900000101 8-Polígono POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Guia 12/12/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TATILIA DE JESUS BISPO

14-Teléfono 09/07/1993 15-Nome do Usário do plano TATILIA DE JESUS BISPO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional SANCHEZ ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 18-Número no CRO 23572 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Contratação / CNPJ / CPF 0151237912915671 22-Nome do Contratado Estudante ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 23-Número no CRO 23572 24-UF BA 25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Execução ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 27-Número no CRO 23572 28-UF BA 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	8,80	0,00	10,00	10	10/10/2021	Tatília	
2-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	8,80	0,00	10,00	10	10/10/2021	Tatília	
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												

43-Dados Gerais: Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estado Radiológico 3-Classe 4-urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1176,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados, conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Contratado

50-Cidade e Assinatura do Grupo-Dentista Solidária 51-Cidade e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Cidade e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Cidade, local e Cartão da Empresa 54-Data e Assinatura do Grupo-Dentista Solidária 55-Data, local e Cartão da Empresa 56-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Cartão da Empresa 58-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 59-Data, local e Cartão da Empresa 60-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 62-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 64-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 66-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 67-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 68-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 69-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 70-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 71-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 72-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 73-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 74-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 75-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 76-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 77-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 78-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 79-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 80-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 81-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 82-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 83-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 84-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 85-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 86-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 87-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 88-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 89-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 90-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 91-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 92-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 93-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 94-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 95-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 96-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 97-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 98-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 99-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 100-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável