



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 11/21	4-Data de Autorização 04/10/12 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248355	7-Data Validade da Senha 12/09/10 14/12/11
8-Número da Carteira 10/02/02 5/3484770000101011	9-Símbolo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAMELA AFONSO FERREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAMELA AFONSO FERREIRA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18/457765370911	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 12/09/10 14/12/11	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	26-UF RS	27-Código CNES	28-UF RS	29-Código CBO S	30-Valor Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Índice	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 Glor
1-0	0	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7			

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-px
--	---	--	------------------------	--------------------	---------------------------

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 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
12/09/10 11/21
Bruna Oliveira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/10 11/21
Bruna Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/09/10 11/21
Pamela Afonso Ferreira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/09/10 11/21
CRO/RS 26161