



1- Número ANS 408414 3-Dia de Emissão do Guia 12/07/2015 4-Dia de Autorização 12/07/2015 5-Sigla 2-4-10-7-12-5 6- Autorizado 14166709 7-Dia Validade da Guia 12/09/2015

8-Número da Guia 008720302867800025 9- Nome do Beneficiário REGINA MARIA DE OLIVEIRA VIVEIROS 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Guia 12/09/2015 12-Número do Guia Nacional de Saúde 2398123

13- Nome REGINA MARIA DE OLIVEIRA VIVEIROS 14- Telefone 01101865 15- Nome do titular do plano CELSO VIVEIROS 16- Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR 17- Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 18- Número no CBO 16612 19- Nome da Empresa Faturar Empresa 20- Código CBO B 025 - 21- Código na Operadora / CNU / GP 0920833787 22- Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 23- Número no CBO 16612 24- UF RJ 25- Código CNU B 26- Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 27- Número no CBO 16612 28- UF RJ 29- Código CBO B

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												16512		RU									
25-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR												27-Nome no CBO 16512		28-UF RJ		29-Código CBO 6							
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-F.º		35-Qtd		36-Quantidade UB		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guisa 42-Assinatura	
1. 0 0		8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		3 4		0 0		0 0 0				S		28/07/25		2	
2. 0 0		8 5 1 0 0 1 9 8		RESTAURAÇÃO RESINA		26		D		1		6 1		0 0		0 0 0		S		24/03/25		2	
3. 0 0		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO				1		1 4		0 0		0 0		0 0 0		S		24/02/25		2	
4.																							
5.																							
6.																							
7.																							
8.																							
9.																							
10.																							
11.																							
12.																							
13.																							
14.																							
15.																							
16.																							
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Exame Radiológico		46-Dente/Região		47-Quantidade UB		48-Valor Total R\$		49-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$		51-Valor Total R\$		52-Valor Total R\$		53-Valor Total R\$		54-Valor Total R\$	
12/07/2015		1. Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Cristodonta		4-Ortopedia		5-Emergência		1. Total		2-Parcial		1. Total		2-Parcial		1. Total		2-Parcial	
								235,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito a autorização a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																							
49-Observação																							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Esclarecido																							
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista																							
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																							
53-Data, local e Carimbo da Empresa																							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentado, aceitar e autorizar a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações de 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), integram a realização do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observações

55- Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável

56- Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante

57- Data, local e Assinatura do Profissional Executante