



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 1 / 1 2 1 / 2 1 0	4-Data de Autorização 0 8 / 1 / 1 2 1 / 2 1 0	5-Justiça AUTORIZADO	6-Número da Guia Original 8117279	7-Data Validade da Guia 0 4 / 1 / 0 3 1 / 2 1 1
--------------------------	--	--	-------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 1 5 3 3 6 6 0 9 0 0 0 0 1 0 2 1	9-Fluor POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 / 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome HEIDE MARIA DA SILVA	14-Telefone (1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1	15-Nome do titular do plano ANA LUZIA DE MORAIS VIRTUOSO
---------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-UF PE	19-Código CBO S 06	20-Data Validade da Carteira 025 -
--------------------------	--	-------------	-----------------------	---------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPT

12 5 4 1 0 8 9 9 4 8 1 0 5 1 1 1	22-Nome do Contratado Exercente RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
----------------------------------	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Exercente

RENATA GONCALVES DE MORAIS	27-Número no CRO 11569	28-UF PE	29-Código CBO S
----------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 de Glosa 42-Assinatura
1-0 1 0 1 8 1 1 0 0 0 0 6 5	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
2-0 1 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	2	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
3-0 1 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
4-0 1 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	4	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
5-0 1 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	5	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
6-0 1 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	6	RESTAURAÇÃO RESINA	46 V		1	6 1 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
7-0 1 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	7	RESTAURAÇÃO RESINA	34 V		1	6 1 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
8-0 1 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	8	RESTAURAÇÃO RESINA	26 MOP		1	1 2 1 0 0		0 1 0 0		11/11/2020	Heide
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	9									11/11/2020	Heide
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	10									11/11/2020	Heide
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	11									11/11/2020	Heide
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12									11/11/2020	Heide
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	13									11/11/2020	Heide
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14									11/11/2020	Heide
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15									11/11/2020	Heide

43-Data Prevista Término do Tratamento 1 1 / 1 / 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ R\$ 331.650,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 0
---	--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	--

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 obrigações decorrentes da contratação e a pagar 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) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome o(s) valor(es) devido(s) ao(s) profissional(is) que realizou(m) esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Dr. Rogério G. Leite
CRO-PE 17348
Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
11/11/2020
Cidade, Estado

Dr. Rogério G. Leite
CRO-PE 17348
Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
11/11/2020
Cidade, Estado

Dr. Rogério G. Leite
CRO-PE 17348
Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2020
Cidade, Estado

Av. Barroco de Menezes Nº 420-A

Jaboatão dos Guararapes-PE