



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/03/12/11

4-Data de Autorização
17/10/13/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8377554

7-Data Validade da Senha
09/10/16/12/11

496630
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002012532536500000101

9-Plano
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
JESSICA BESSA DOMINGUES

20/06/1992

14-Telefone
(21) 99882-0615

15-Nome do titular do plano
JESSICA BESSA DOMINGUES

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN
DENTCLINIC

18-Número no CRO
29605

19-UF
RJ

20-Código CBO S
03

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
27685610884

22-Nome do Contratado Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

23-Número no CRO
29605

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO
29605

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Nóter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moio da Guia	42-Assinatura
1-00	015100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			17/10/13		Jessica
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-1 tipo de Atendimento	4-1 Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/03	1					1-Total 2-Parcial	61,00	0,00				

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 assina esse documento, os valores 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
17/10/13/12/11 Cláudia Sub

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
17/10/13/12/11 Cláudia Sub

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/10/13/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/10/13/12/11

54-Data, local e Assinatura do Profissional
17/10/13/12/11

Serviço Bess Domingues

Dra. Cláudia Netto
Cirurgiã Dentista
CRO 29605