



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/01/2018	3-Data de Autorização 13/11/2018	4-Sinistro AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7804493	6-Data Validade da Guia 18/11/2018	360659 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

7-Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202525649000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL OLIVEIRA DOS SANTOS	14-Data de Nascimento 19/12/2018	15-Telefone (161) 3434-4053	16-Nome do Titular do Plano WESLEY TAVARES DOS SANTOS		

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	19-Número no CRO 4992	20-UF DF	21-Código CBO S 01	22-UF DF	23-Código CBO S 01	24-UF DF	25-Código CBO S 01	26-UF DF	27-Código CBO S 01	28-UF DF	29-Código CBO S 01	30-UF DF	31-UF DF	32-UF DF	33-UF DF	34-UF DF	35-UF DF	36-UF DF	37-UF DF	38-UF DF	39-UF DF	40-UF DF	41-UF DF	42-UF DF	43-UF DF	44-UF DF	45-UF DF	46-UF DF	47-UF DF	48-UF DF	49-UF DF	50-UF DF	51-UF DF	52-UF DF	53-UF DF	54-UF DF	55-UF DF	56-UF DF	57-UF DF	58-UF DF	59-UF DF	60-UF DF	61-UF DF	62-UF DF	63-UF DF	64-UF DF	65-UF DF	66-UF DF	67-UF DF	68-UF DF	69-UF DF	70-UF DF	71-UF DF	72-UF DF	73-UF DF	74-UF DF	75-UF DF	76-UF DF	77-UF DF	78-UF DF	79-UF DF	80-UF DF	81-UF DF	82-UF DF	83-UF DF	84-UF DF	85-UF DF	86-UF DF	87-UF DF	88-UF DF	89-UF DF	90-UF DF	91-UF DF	92-UF DF	93-UF DF	94-UF DF	95-UF DF	96-UF DF	97-UF DF	98-UF DF	99-UF DF	100-UF DF
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

39-Tabella	40-Código de Procedimento	41-Descrição	42-Cent/Região	43-Face	44-Qnt	45-Quantidade US	46-Valor	47-Franquia/Co-participação R\$	48-Aux	49-Data de Realização	50-Moeda da Glosa	51-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	31/08/20		X
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	31/08/20		X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

52-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	53-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	54-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	55-Total Quantidade US 176,00	56-Valor Total R\$ 0,00	57-Total Franquia - Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os benefícios, 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.

58-Observação:

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/2018 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2018 Wesley T. dos Santos Beneficiário - Responsável CRO-DF 4992	61-Data, local e Assinatura da Empresa 31/08/2018 Dental Uni Cooperativa Empresa CRO-DF 4992
---	--	--