



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/01 4-Data de Autorização 12/01/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8213139 7-Data Validade da Sentença 12/01/04 8-Data Validade da Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020205342209000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAMILYS CONCEICAO OLIVEIRA 24/07/2003 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TATIANE DA CONCEICAO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CROD 18-Número no CRO 21193 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01562861735 22-Nome do Contratado, Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO 23-Número no CRO 21193 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO 27-Número no CRO 21193 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO		1		222100	0,00		S	20/01/2011	Adriano
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/01/2011 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 2222100 47-Valor Total R\$ 45,46 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 20/01/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 20/01/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2011 53-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 54-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 55-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 56-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 57-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 58-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 59-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 60-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 61-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 62-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 63-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 64-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 65-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 66-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 67-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 68-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 69-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 70-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 71-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 72-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 73-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 74-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 75-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 76-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 77-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 78-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 79-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 80-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 81-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 82-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 83-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 84-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 85-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 86-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 87-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 88-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 89-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 90-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 91-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 92-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 93-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 94-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 95-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 96-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 97-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 98-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 99-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011 100-Data, local e Assinatura do Responsável 20/01/2011

Soluto Radiografia periapical completa
de recente tomillips Lenceras Oliveira
para avaliação de dentes peridentais
profundas

Niterói 18 de Janeiro 2024

Reverendo Armando Ferreira, 350 - sala 225

Largo da Batalha - Niterói / RJ

CEP: 24310-400

Fone: (21) 3164-8985 / (21) 98390-2084


Anne Patricia Fortes
Cirurgã Dentista
CRO 31325 RJ