



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/01/03 4-Data de Autorização 3/01/03 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7498333 7-Data Validade da Guia 28/06/20

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 002020252943160000101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELLE EUZEBIO DA SILVA 06/01/1989 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIELLE EUZEBIO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GLAICE LAMARAO PEREIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08176376728 22-Nome do Contratado Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA 23-Número no CRO 44280 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100218 (1) 85100226

28-Nome do Profissional Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA 27-Número no CRO 44280 28-UF RJ 29-Código CRO S (1) 85100226 (1) 85100218

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 da Glosa	42-Assinatura
1-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPDV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
2-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MPV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
3-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MDPV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
4-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOPV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
5-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MPDV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
6-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
7-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VD	1	88,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
8-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MODV	1	122,00	0,00		S	31/03/20		Daniel
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 942,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no 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 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 31/03/20 Gláucia K. Pereira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/20 Gláucia K. Pereira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/20 Danielle e da sua 53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/20 Dr. Gláucia Pereira Perreira Clínica Odontológica