



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/1997 4-Data de Autorização 12/12/1997 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8225675 7-Data Validade da Semeta 12/12/1997 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10012020253487540000001031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/12/1997 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JESSICA FERREIRA PESSOA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1066194117523

22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
4-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
5-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Assinatura
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1420,00 47-Valor Total R\$ 41635,150 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 pagar 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 ordem o(s) valor(es) devido(s) a esta empresa. Assinatura do Paciente: [Assinatura] Assinatura do Profissional: [Assinatura]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa