



2-№0

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/01/21

4-Data de Autorização
12/01/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8176735

7-Data Validade da Senha
07/04/21

8-Número de Carteira
0020202534608300001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA VITORIA CASAES TORQUATO

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
THAIS CASAES DE SANTANA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO
17752

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0161613231519523

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

24-UF
BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

27-Número no CRO
17752

28-UF
BA

29-Código CBO S

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 Glisa 42-Assinatura

1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6100	0121	S	12/01/21	
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100	0121	S	12/01/21	
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100	0121	S	12/01/21	
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/10/21

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
18300

47-Valor Total R\$
000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
000

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	Dr. Flávia Lara Jayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752
12/10/11	12/10/11	12/10/11	12/10/11	