



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/10/2019 4-Data de Autorização 24/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7886709 7-Data Validade da Senha 18/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202531877000000104 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

CAMILA DOS SANTOS TEIXEIRA 08/10/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIELA SARRIA DA SILVA PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057580019720 22-Nome do Contratado Excitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030				1	34,00			09/10/20		Camila
2	00	85300047				1	36,00			09/10/20		Camila
3	00	85300047				1	36,00			09/10/20		Camila
4	00	85300047				1	36,00			09/10/20		Camila
5	00	85300047				1	36,00			09/10/20		Camila
6	00	85100196				1	61,00			09/10/20		Camila
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 239,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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(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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 38540
Camila dos Santos Teixeira