



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2025		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13585689		7-Data Validade da Senha 12/05/2025		2225427 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 100202025120986300001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EMANUELLY ALMEIDA SILVA										15-Nome do titular do plano EMANUELLY ALMEIDA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		18-Número no CRO 74335		19-UF SP		20-Código CBO S 9823328		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 331198280001112		22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES		23-Número no CRO 74335		24-UF SP		25-Código CBO S 9823328			
26-Nome do Profissional Executante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		27-Número no CRO 74335		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Régulo		34-Frase		35-Qtd	
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		134000		1		34000		000	
2-00085200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE		46 (45)		1		50000		000	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		21		1-Total 2-Parcial		84000		00000		00000	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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											
Lesão cariosa infiltrada - orientado e medicado dent 45											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
11/11/11		25/02/25		25/02/25		25/02/25		25/02/25			