

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0_2_/_1_0_2_/_1_2_1	4-Data de Autorização 0_3_/_0_2_/_1_2_1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257168	7-Validade da Senha 0_3_/_1_0_5_/_1_2_1	467326 INTERCÂMBIO									
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0_0_2_0_2_5_3_4_8_4_8_3_0_0_0_1_0_2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA									
13-Nome SIDNEY GOMES		14-Telefone 20/04/1979 ()		15-Nome do titular do plano ANDREA CUNHA DA SILVA											
16-Aendimento a RN N		17-Nome do Profissional Sólicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18_15_7_5_1_6_0_6_1_7_2_1		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111	24-UF RJ	25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				27-Número no CRO 24111	28-UF RJ	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Sólicitados		30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42-Assinatura	
				1-0_0_1_8_5_3_0_0_1_4_7_1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3_6_1_0_0	1_0_0_0_0					
				2-0_0_1_8_5_3_0_0_0_4_7_1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3_6_1_0_0	1_0_0_0_0					
				3-0_0_1_8_5_3_0_0_1_0_4_7_1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3_6_1_0_0	1_0_0_0_0					
				4-0_0_1_8_5_3_0_0_1_0_4_7_1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3_6_1_0_0	1_0_0_0_0					
				5-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				6-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				7-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				8-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				9-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				10-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				11-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				12-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				13-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				14-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
				15-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
43-Data Prevista Término do Tratamento 02/1/2021		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orcodonia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1_4_4_0_0_0		47-Valor Total RS 0_0_0_0_0_0		48-Total Franquia /Co-participação RS 0_0_0_0_0_0					
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/01/2021 Dr. Sidney Gomes		51-Data, local e Assinatura do Profissional de Enfermagem 02/01/2021 Andreia Cunha da Silva		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/01/2021 Jose Eduardo Rocha Pereira		53-Data, local e Assinatura do Operadora / Plano de Saúde 02/01/2021 Dental Uni Cooperativa		54-Data, local e Assinatura da Empresária 02/01/2021 OdontoLife					

Declaro que anôs 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
Presto o meu compromisso de pagar o tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/01/2021 Dr. Sidney Gomes

51-Data, local e Assinatura do Profissional de Enfermagem
02/01/2021 Andreia Cunha da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/01/2021 Jose Eduardo Rocha Pereira

53-Data, local e Assinatura da Empresária
02/01/2021 OdontoLife

20/04/1979

Andreia Cunha da Silva

Jose Eduardo Rocha Pereira

OdontoLife