

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/01/21 4-Data de Autorização 12/01/21 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8178126 7-Data Validade da Santa 07/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531723400000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAYS KELLY ALVES SILVA 29/03/2012 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 28-UF BA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00			08/03/21		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00			08/03/21		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00			08/03/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00			08/03/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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\$							
			140,00	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 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 08/03/21 \$ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/03/21 \$ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/03/21 Rosanna T. Alves 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/03/21 SSA

33.728.654/0001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso
Av. Doryal Caymmi, 14193
Itapuaçu, CEP: 41635-150
Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador - BA.