

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/10/81/25 4-Data de Autorização 06/08/25 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14191395 7-Data Validade da Guia 30/09/25 2408384 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020251231706000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome PATRICIA DE MORAES ESTEVES 14-Telefone 20/02/1971 15-Nome do titular do plano PATRICIA DE MORAES ESTEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA ALVADIA DE SOUZA 18-Número no CRO 58566 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13038033723 22-Nome do Contratado Executante NATALIA ALVADIA DE SOUZA 23-Número no CRO 58566 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante NATALIA ALVADIA DE SOUZA 27-Número no CRO 58566 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			06/08/25		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	14,00	0,00			06/08/25		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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 Quantizada US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) acima, e por mim assinado(s), 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

Dra. Natália Alvadia

Dra. Natália Alvadia

Dra. Natália Alvadia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/25 Cirurgiã Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/25 Cirurgiã Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/25 Patrícia de Moraes Esteves 53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/25 Cirurgiã Dentista

CRO: 58566

CRO: 58566

CRO: 58566

CRO: 58566

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/11/08/25

4-Data de Autorização
10/15/08/25

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14191351

7-Data Validade da Sentença
13/10/19/25

2408342
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
1097202709050000116

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
53747295 EDUARDO ENTES DA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDUARDO ENTES DA MOTTA

05/08/1980

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EDUARDO ENTES DA MOTTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
NATALIA ALVADIA DE SOUZA

18-Número no CRO
58566

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13038033723

22-Nome do Contratado Executante
NATALIA ALVADIA DE SOUZA

23-Número no CRO
58566

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
NATALIA ALVADIA DE SOUZA

27-Número no CRO
58566

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Cirurgia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/10/08/25		
2-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	40,00	0,00			10/10/08/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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
1174,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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) 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
10/11/08/25

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/08/25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/10/08/25

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/10/08/25

Cirurgião Dentista
Cro: 58566

Dra. Natália Alvadia