

1-Registro ANS
4064143-Dia de Emissão da Guia
02/10/20174-Data de Autorização
13/10/20175-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
87710647-Data Validade da Sogra
30/10/20198-Número da Carteira
0020225369020000001019-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

606524
INTERCÂMBIO13-Nome
ROSANE SCOSS NICOLAI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

02/02/1953

15-Nome do titular do plano
ROSANE SCOSS NICOLAI

16-Aliamento a FN

17-Nome do Profissional Solicitante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS18-Número no CRO
11470219-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(IF) 85200166-21

(IF) 85200166-11

22-Nome do Contratado Executante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS23-Número no CRO
11470224-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS27-Número no CRO
11470228-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
2-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
3-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
4-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
5-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
6-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
7-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
8-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
9-1	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Fim do Tratamento

44-Tipo de Aliamento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é (s) por mim assinado(s). **Dra. Vanessa Silva Martins** (assinatura) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Vanessa Silva Martins

Dra. Vanessa Silva Martins

CRO SP 114702

CRO SP 114702

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

08/10/2017

08/10/2017

08/10/2017

08/10/2017

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/10/2017

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

08/10/2017

53-Data, local e Assinatura da Empresa

08/10/2017