



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/12/10 4-Data de Autorização 13/10/15 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8577492 7-Data Validade da Série 11/10/18 548584 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012537305600000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ELANE MOREIRA DA CRUZ 05/06/1975 14-Telefone () -1- 15-Nome do titular do plano ELANE MOREIRA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA 18-Número no CRO 38839 19-UF MG 20-Código CBO S 06 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

081626329601 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 23-Número no CRO 38839 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 27-Número no CRO 38839 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	512,51	21			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
21/10/21	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	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. Declino, ainda que o(s) procedimento(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 21/10/21 São Paulo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/21 São Paulo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/21 São Paulo 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/21 São Paulo

170 Patricio S. M. Marques
Cirurgião Dentista
CRO-MG 18839

S.F. Marques

S.F. Marques