



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2017 4-Data de Autuação 10/11/2019 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8772743 7-Data Validade da Série 10/11/2019 807078 INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário 0001202539100400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JACQUELINE PEREIRA DA CONCEICAO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JACQUELINE PEREIRA DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 19/02/1983

16-Adesão a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI 18-Número no CRO 27786 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0009049172607 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU 23-Número no CRO 27786 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU 27-Número no CRO 27786 28-UF RJ 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85200158-16

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-	00	85200158	16	1	533	10,00	0,00			10/09/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Qtd Previsto Tempo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1533,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: O cliente foi avisado anteriormente que o tratamento seria realizado em 40 dias, no compromisso de manter a higiene bucal e não fumar. O cliente não compareceu ao tratamento e não pagou a taxa de 35 reais, portanto não será realizado o tratamento. O cliente não compareceu ao tratamento e não pagou a taxa de 35 reais, portanto não será realizado o tratamento. O cliente não compareceu ao tratamento e não pagou a taxa de 35 reais, portanto não será realizado o tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 01/11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 25 CNPJ: 29.833.748/0001-25 54-Data, local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 25 CNPJ: 29.833.748/0001-25 55-Data, local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 25 CNPJ: 29.833.748/0001-25

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/21 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 01/11/21 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/21 59-Data, local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 25 CNPJ: 29.833.748/0001-25 60-Data, local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 25 CNPJ: 29.833.748/0001-25