



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/14/213	4-Data de Autorização 11/01/04/213	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11083635	7-Data Validade da Série 04/10/17/213	1403331 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012515571611010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome SANDRA MARTINS DOS SANTOS	25/03/1971	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDRA MARTINS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA CORTES TEIXEIRA	18-Número no CRO 142428	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143861902877111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA CORTES TEIXEIRA	23-Número no CRO 142428	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA CORTES TEIXEIRA	27-Número no CRO 142428	28-UF SP	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
1-010	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	1611010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
2-010	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1611010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
3-010												
4-010												
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsão Término do Tratamento 018/015/1213	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 11221010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	---	--	------------------------------------	-------------------------------	--

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 no 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 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 018/012/1213	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 018/015/1213	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 018/015/1213	53-Data, local e Contato da Empresa 018/015/1213
---	---	---	---

Dra. Mayara Cortes Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 142428