

concluído em 19/12/2019

2-Nº



1-Registro ANS
406814

3-Data de Emissão da Guia
10/18/11/01/2019

4-Data de Autorização
11/13/11/01/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7946164

7-Data Validade da Senha
10/16/11/01/2019

392847
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10002025317498100000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSANA DOS REIS SOARES

19/12/1995

14-Telefone
(11) 91617118-16227

15-Nome do titular do plano
ROSANA DOS REIS SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N
DENTCLINIC

22-Nome do Contratado Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

18-Número no CRO
29605

19-UF
RJ

20-Código CBO S
03

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 8100421-

26-Nome do Profissional Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO
29605

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61100	0,00	0,00					
2-00081000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14100	0,00	0,00					
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	75,00	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. 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
13/12/2019 Cláudia de Sousa Neto

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/12/2019 Cláudia de Sousa Neto

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/12/2019 Rosana dos Reis Soares

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/12/2019

Dra. Cláudia de Sousa Neto
Cirurgia Dentista
CRO 29605