



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012 4-Data de Autorização 13/07/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8787239 7-Data Validade da Guia 10/05/2012 8-Data Validade da Guia 611707 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025384587000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RAISSA DA CONCEICAO DE FARIAS

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RU 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 010904972607111

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

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	13/07/21		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	13/07/21		
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dados Pessoais Tratamento do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchise / 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Dentista Solicitante 51-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Dentista 52-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Responsável 53-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Responsável 54-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Responsável 55-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário-Responsável