



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019 4-Data de Autorização 11/04/2019 5-Serinha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 11637421 7-Data Validade da Serinha 10/03/2021 1598130 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202549950800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/04/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RITA DE CASSIA ARANHA NUCCI 02/08/1971 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do Titular do plano ANDRE LUIS NUCCI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA DA SILVA BARBOSA 18-Número no CRO 113614 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140458085000110 22-Nome do Contratado Executante CSB SERVICOS DE ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO 113614 24-UF SP 25-Código CNES 99999999 26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA DA SILVA BARBOSA 27-Número no CRO 113614 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
1-00	85200050	REMOÇÃO DE CORPO	35	1	1	22,00	0,00					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MV	1	8,00	0,00					
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 0,00 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) 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: 08/10/19 11:13 Cláudia da Silva Barbosa

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/04/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 08/10/19 11:13 Cláudia da Silva Barbosa

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente: 08/10/19 11:13 Cláudia da Silva Barbosa

CRO 113614

CRO 113614