



1º Registro ANS 406414 3ª Data de Emissão da Guia 12/01/02 12/02/11 4ª Data de Autenticação 12/01/02 12/02/11 5ª Série AUTORIZADO 6º Número da Guia Principal 8338195 7ª Data Validada da Guia 12/01/02 15/01/21 886539 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8º Nome da Carteira 0101201251354651010101010101010101 9º Plano POS REDE PRESTADORA 10ª Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11ª Data Validada da Carteira 12/01/02 12/02/11 12º Número do Cartão Nacional de Saúde

13º Nome PAULO ANDRE COELHO MIGUEL 14ª Telefone () 15º Nome do Titular do plano PAULO ANDRE COELHO MIGUEL

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16º Nome do Profissional Societário N 17º Nome do Profissional Societário SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS 18º Número no CBO 43280 19º UF RJ 20º Código CBO 8 09 21º Código na Operadora / CBO / CDF 111481018161371161 22º Nome do Contratado Específico HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA 23º Número no CBO 43280 24º UF RJ 25º Código CNE S 26º Código CBO S 27º Número no CBO 43280 28º UF RJ 29º Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

25º Nome do Profissional Específico HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Denúncia	34 - Fato	35 - Qtd	36 - Quantidade UB	37 - Valor	38 - Frequência - Participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Meio da Guia	42 - Assinatura
1-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14	10,00	0,00	0,00	15/02/21	Paulo	
2-1												
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 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Orientação 4 - Urgência/Emergência 45 - Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial 46 - Total Quantidade UB 14,00 47 - Valor Total R\$ 0,00 48 - Total Frequência / Participação R\$ 0,00

Declaro, que acima ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 Contratado / Beneficiário / Responsável 51 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Donatário 52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53 - Data, local e Assinatura da Empresa