



1-Registro AHS 408414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/21	4-Data de Autorização 31/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006883	7-Data Validade da Senha 28/11/21	685896 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202540102100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CALINE CRISTINA DA SILVA BARROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CALINE CRISTINA DA SILVA BARROS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA RIBEIRO	18-Número no CRO 124335	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4345796810	22-Nome do Contratado Executante VANESSA RIBEIRO	23-Número no CRO 124335	24-UF SP	25-Código CNEB	Enviar - RX (f) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA RIBEIRO		27-Número no CRO 124335	28-UF SP	29-Código CBO S	(f) 85100200	

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	31/08/21		
2	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	31/08/21		
3	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	31/08/21		
4	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	31/08/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 298,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 31/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/21 Dra. Vanessa Ribeiro Cirurgiã - Dentista CROSP 124335
---	---	---	--