



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/05/21

4-Data de Autorização
12/05/21

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8594174

7-Data Validade da Guia
15/08/21

553517
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202538071400000101

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA EDUARDA DOS SANTOS

25/03/1993

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano

MARIA EDUARDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

18-Número no CRO
114476

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

23-Número no CRO
114476

24-UF
SP

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

27-Número no CRO
114476

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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/05/21		hok
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/05/21		hok
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00			10/05/21		hok
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/05/21		hok
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/05/21		hok
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista 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\$							
10/05/21	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1178,00	1178,00	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 práticos. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/05/21
 Dr. Patrícia Ferrantini
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/05/21
 Dr. Patrícia Ferrantini
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/05/21
 Maria Eduarda dos Santos
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 10/05/21
 CRO/SP 114476