



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 12/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614164	7-Data Validade da Senha 02/09/20
8-Número da Carteira 00202510550601089901			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIANA DE FATIMA NOGUEIRA BELLO			14-Telefone (11) 8123-8569	15-Nome do titular do plano JULIANA DE FATIMA NOGUEIRA BELLO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	18-Número no CRO 117199	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801			22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA			27-Número no CRO 117199	28-UF SP	29-Código CBO S
				20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
				25-Código CNES	

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
00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/20		
00	85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE			1	672,00	0,00		S	18/06/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/06/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/06/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/06/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/06/20		

43-Data Previsão 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 850,00	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) 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.

Favor enviar foto final com a Placa Oclusal Instalada

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/06/20	Drª Danielle de Almeida Silva Cirurgiã Dentista CROSP: 117.199
---	---	---	--