



1-Registro ANS	406614
3-Dados de Emissão da Guia	10 8 1 0 3 1 2 4
4-Dados de Autorização	1 1 1 0 3 1 2 4
5-Será	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	12246097
7-Dados Utilizados da Serata	10 6 1 0 6 1 2 4

3-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 2 0 6 5 4 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Partido POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional
---	----------------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------

Nome	ALEXSANDRA MARIA DA SILVA
Data de nascimento	13/07/1985
Sexo	() Masculino () Feminino
Endereço completo	FELIPE DANTAS NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Adiantamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante BRENDA KELLY MAIBERG ROCHA
18-Numero no CRO 13498	19-UF DF
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação (C/P) CPF	5 1 9 3 7 2 4 6 0 0 0 1 2 5
22-Nome do Contribuinte Exatante	BM OONTOLOGIA LTDA
23-Número do CNPJ	13498
24-Uf	DF
25-Código CNES	9999999

26-Nome do Profissional Etc./arte		27-UF	28-Código CBO S
BRENDA KELLY MABERG ROCHA	13498	DF	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados	
01-Tapia	31-20000 27 Procedimiento
33-Diente Right	12-Diagnosis
35-Diente Right	24-Filler
36-Quantidade US	32-5.1
37-Valor	35-Quantidade US
38-Franquia-Descapitulo RS	37-Valor
39-Id	38-Franquia-Descapitulo RS
40-Dia de	39-Id

[illegible][illegible]

Category	Item	Score
Cognitive	1. I am able to understand what I am reading.	1
	2. I am able to understand what I am hearing.	1
	3. I am able to understand what I am seeing.	1
	4. I am able to understand what I am feeling.	1
	5. I am able to understand what I am thinking.	1
	6. I am able to understand what I am doing.	1
	7. I am able to understand what I am saying.	1
	8. I am able to understand what I am writing.	1
	9. I am able to understand what I am listening to.	1
	10. I am able to understand what I am watching.	1
Emotional	1. I am able to control my emotions.	1
	2. I am able to control my feelings.	1
	3. I am able to control my thoughts.	1
	4. I am able to control my actions.	1
	5. I am able to control my words.	1
	6. I am able to control my behavior.	1
	7. I am able to control my attitude.	1
	8. I am able to control my personality.	1
	9. I am able to control my character.	1
	10. I am able to control my life.	1
Social	1. I am able to get along with others.	1
	2. I am able to work with others.	1
	3. I am able to lead others.	1
	4. I am able to follow others.	1
	5. I am able to help others.	1
	6. I am able to support others.	1
	7. I am able to encourage others.	1
	8. I am able to inspire others.	1
	9. I am able to motivate others.	1
	10. I am able to influence others.	1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

21

[illegible][illegible]

13. Data Prevista Término do Tratamento	11/11/2031/274
44- Tipo de Atendimento	☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontia 4- Urgência/Emergência
45- Tipo de Pagamento	☐ 1- Total 2- Parcel
46- Total Quilômetro US	1219,00
47- Valor Total R\$	10,00

cedendo, 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 condições do protocolo. 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 ou profissional responsável pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observation
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

51-Dia, local e Assinatura do Circulo-Dentista	1	1	1
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	1	1	1
53-Dia, local e Cambo da Empresa	1	1	1

Brenda Maiberg 1111031124
Cirurgia / Dentista

Chirurgia - Dentista
CRO-DF: 134 98