



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/21 12/10	4-Data de Autorização 11/11/21 12/10	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 439225	7-Data Validade da Sentença 11/11/21 12/10	439225 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 01012012534210260100101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21 12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DNNIFER ANTONIO RAMOS	22/02/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DNNIFER ANTONIO RAMOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	18-Número no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 461303046819	22-Nome do Contratado Eculante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	23-Número no CRO 137593	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Eculante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Número no CRO 137593	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-Módo de Glosa	42-Assinatura
1-0	018100101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/11/21 12/10		DNNIFER
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/21 11/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/21 12/10 NATHALIA PAULA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/21 12/10 NATHALIA PAULA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/21 12/10 DNNIFER RAMOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------