



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 780168	7-Data Validade da Senha 13/02/22
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020254330900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome JULIANA APARECIDA DE PRETTO ALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA DE PRETTO ALVES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante HEIDI FONSECA DA ROCHA	18-Número no CRO 127632	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32085242855			22-Nome do Contratado Executante HEIDI FONSECA DA ROCHA	23-Número no CRO 127632	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante HEIDI FONSECA DA ROCHA			27-Número no CRO 127632	28-UF SP	29-Código CBO S
			25-Código CNES	025 -	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	24/11/2021		Juliana
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	24/11/2021		Juliana
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	24/11/2021		Juliana
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	24/11/2021		Juliana
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	24/11/2021		Juliana
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 178,00	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 Dra. Heidi P. Rocha Cirurgia Dentista CRO-SP 127632	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Heidi P. Rocha Cirurgia Dentista CRO-SP 127632	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2021 Juliana P. de A.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--