



1- Registro ANS	406414
3- Data de Emissão da Guia	13/10/2014
4- Data de Autorização	13/10/2014
5- Senha	AUTORIZADO
6- Número da Guia Principal	8475432
7- Data Validade da Senha	12/10/2017

0 0 1 2 0 1 2 5 3 5 7 1 2 9 1 0 0 0 0 0 1 0 2	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia da Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13- Nome GUSTAVO GUEDES CAMPOS	23/11/2002	14-Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano JANAINA PATRICIA DE CAMPOS	

16 - Atendimento à RN		17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - Número no CRO		19 - UF		20 - Código CBO S	
N		LARA SILVA MILANEZ		137478		SP			
21 - Código na Carteira (CNPJ / CPF)				22 - Nome do Certificado Examinante		23 - Número no CRO		24 - UF	
3 9 1 8 1 6 4 1 6 1 8 5 1 0				LARA SILVA MILANEZ		137478		SP	
25 - Nome do Profissional Examinante				26 - UF		27 - Número no CRO		28 - UF	
LARA SILVA MILANEZ						137478		SP	
29 - Código CBO S				30 - UF		31 - Número no CRO		32 - UF	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Face	35- Cód.	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo ou Class. ICD-10
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,0	10,0		13/04/21	
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,0	10,0		13/04/21	
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,0	10,0		13/04/21	
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,0	10,0		13/04/21	
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,0	10,0		13/04/21	
6	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,0	10,0		13/04/21	
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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o autorizar a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente social, bem como a pagar os custos por ele contratuados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/vão realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado para a realização dos procedimentos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Laura Denner

50 - Data local e Assinatura do Curador-Denunciante Solicitante	51 - Data local e Assinatura do Curador-Denunciante	52 - Data local e Assinatura do Benfiteciário / Responsável	53 - Data local e Carimbo de Empresa
11/3/1014/11/2111 dono da empresa	11/3/1014/11/2111 CHD/SP 137478	11/3/11/014/11/2111 (assinatura)	11/3/11/014/11/2111 donos da empresa