



1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 11/4/12/12/10	4-Data de Autorização 16/11/12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144276	7-Data Validade da Senha 14/10/13/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101020202534113620000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADELIA RAMOS MIRANDA		14-Teléfono 29/04/1981	15-Nome do titular do plano ADELIA RAMOS MIRANDA	

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10815129919660	22-Nome do Contratado Executor SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executor SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Race	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34	0,00	0,00	0,00	S	24/12/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
6	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
7	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
12	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
13	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
14	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		
15	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36	0,00	0,00	0,00	S	23/12/20		

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/12/20	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 Solicitante 23/12/20 Adelia Ramos Miranda	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20 Suellem Mezzette de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 Adelia Ramos Miranda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20
---------------	--	--	--	---