



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/17 12:01	4-Data de Autorização 31/10/17 12:01	5-Genha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7740955	7-Data Validade da Senha 26/11/2017
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES		9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S 025 -	
17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9636		24-UF DF		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1381860391104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		25-Código CNES 9636		26-UF DF	
28-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636		29-Código CBO S 9636			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
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	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6							Michelle
2	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0							Michelle
3	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0							Michelle
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

43-Data Previsto 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 237,00	47-Valor Total R\$ 106,65	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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/18/1201 Michelle O.R.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/18/1201 Michelle O.R.	
---------------	--	--	--	--	--

Dr. Xavier de Souza
CBO - DF 9636