



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 1 / 2 2		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9511381		7-Data Validade da Sentença 2 6 / 0 4 / 2 2		853793 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 3 1 1 7 8 0 0 0 0 1 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome MILLENA MOREIRA LUCAS DE BRITO				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do Titular do plano MILLENA MOREIRA LUCAS DE BRITO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES		18-Número no CRO 72296		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 4 7 1 9 3 3 6 8 8 4		22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES		23-Número no CRO 72296		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES		27-Número no CRO 72296		28-UF SP		29-Código CBO S					
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 Cláus 42-Assinatura
1-0	0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3 4 0 0		0,00	S	03/02/22	MILLENA M.
2-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 0 0		0,00	S	03/02/22	MILLENA M.
3-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 0 0		0,00	S	03/02/22	MILLENA M.
4-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 0 0		0,00	S	03/02/22	MILLENA M.
5-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 0 0		0,00	S	03/02/22	MILLENA M.
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/22											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0			
47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foi(ram) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 03/02/22, Criciúba - SC, Iramara Felix Pires											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/22, Criciúba - SC, Milena Moreira											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/22, Criciúba - SC, Milena Moreira											