



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/22	4-Data de Autorização 13/07/22	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9974123	7-Data Validade da Série 31/08/22	1005966 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202540659700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIANE DA SILVA MARIANO		14-Telefone 13/07/1975	15-Nome do titular do plano LUCIANE DA SILVA MARIANO			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA GALHARDO DE CASTRO CARAIBAS		18-Número no CRO 5991	19-UF DF	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45104527000102		22-Nome do Contratado Executante BLAKE ODONTOLOGIA LTDA		23-Número no CRO 5991	24-UF DF	25-Código CNEB 9999999
26-Nome do Profissional Executante JULIANA GALHARDO DE CASTRO CARAIBAS		27-Número no CRO 5991		28-UF DF	29-Código CBO 8	Envia - RX (IF) 85400149-45 (IF) 85400262-46

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 Causa	42-Assinatura
1	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	45		1	472,00	0,00			13/07/22		
2	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	46		1	472,00	0,00			13/07/22		
3	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	45		1	118,00	0,00			13/07/22		
4	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	46		1	118,00	0,00			13/07/22		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/07/22	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 1180,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, nscos, 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 13/07/22 Juliana Galhardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/22 Juliana Galhardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/22 Luciane da Silva Mariano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/22
---------------	--	--	--	---

Blake Odontologia LTDA
CNPJ: 45.104.527/0001-02