

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/10 3-12/25 4-Dia de Autorização 10/05/10 3-12/25 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 2231757 7-Dia Validade de Série 10/03/10 6-12/25 8-Intercâmbio 2231757

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 2-5 1 12 1 4 5 10 0 0 10 0 0 10 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANA PENELUPPI BUENO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GIOVANA PENELUPPI BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO SILVA JARDIM 18-Número no CRO 42353 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01475121140001150 22-Nome do Contratado Executante ODONTO SITE LTDA 23-Número no CRO 42353 24-UF SP 25-Código CNES 3889742 26-Nome do Profissional Executante ROBERTO SILVA JARDIM 27-Número no CRO 42353 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Facc	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Adi	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	4 4 0 0	10 0 0			5 0 5 0 3 0 2 5		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia	44-Previsão	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
		1-Total 2-Parcial										

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(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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 05/10/25 51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Operadora 05/10/25 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/25 53-Dia, local e Carimbo da Empresa