

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078671	7-Data Validade da Senha 21/02/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21
8-Número da Carteira 00202532907500000101		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano TAIS DE OLIVEIRA DOS SANTOS	
13-Nome TAIS DE OLIVEIRA DOS SANTOS		11/03/1994			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 42646		19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSANA CURCIO		23-Número no CRO 42646		24-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533549802		22-Nome do Contratado Executante ROSANA CURCIO		25-Código CNES (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO		27-Número no CRO 42646		28-UF SP	29-Código CBO S (1) 85100200

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		Tais Santos
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		Cancelar
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		Tais Santos
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		Tais Santos
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	08/12/20		Cancelar
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	08/12/20		Tais Santos
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	08/12/20		Tais Santos
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	08/12/20		Tais Santos
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00		S	08/12/20		Tais Santos
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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 603,00	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 23/11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20	

Dra. Rosana Curcio
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 42646

Rosana Curcio
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 42646

CLINICA ODONTOLÓGICA CURCIO