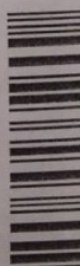


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



349470
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Dia de Emissão da Guia 31/10/20		4-Dia de Autorização 11/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7753130		7-Dia Validade da Senha 29/10/20	
8-Número da Carteira 00202530841400000101		9-Pano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FABIANA LETICIA DE OLIVEIRA SILVA		30/07/1981		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FABIANA LETICIA DE OLIVEIRA SILVA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a EV N	17-Atividade do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA LTDA	18-Número no CRO 51370	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNO / Cof 14044185808	22-Nome do Contratado Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	23-Número no CRO 51370	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR		27-Número no CRO 51370	28-UF SP
29-Código CBO S		25-Código CNES	
30-UF SP		26-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
30-1-Atividade 00345	32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"	33-Dentista 1	34-Fone 1381000
35-Ord 1	36-Quantidade US 000	37-Valor 000	38-Franchia/Co-participação R\$ 110520
39-Aut 110520	40-Dia de Realização 31/10/20	41-Valor da Guia 110520	42-Assinatura F. Fabiana

43-Dia Previsto do Tratamento 11/08/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcel	46-Total Quantidade US 1381000	47-Valor Total R\$ 10000	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 10000
---	--	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

ORTHO X RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO

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.

50-Dados locais e Assinatura do Conselho Dentista Sociedade
11/08/20

51-Dados locais e Assinatura do Conselho Dentista
11/08/20

52-Dados locais e Assinatura do Profissional Responsável
11/08/20 F. Fabiana

53-Dados locais e Cartão da Empresa
/ /