Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 420477

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	17/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	8059602	15/02/21

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 3 2 4 4 2 2 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IAINA DE LIMA TAVARES 15/04/1982	( ) -	JANAINA DE LIMA TAVARES

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

Faturar Empresa

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3 8 5 3 3 1 1 6 9 5	ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,0 0	0,0 0		S	18/11/2020		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0		S	18/11/2020		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	18/11/2020		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0		S	18/11/2020		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	18/11/2020		

a Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 8,0 0	0,0 0	,

o, 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 e to. 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 valore ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
18/11/20	18/11/20	18/11/20	18/11/20

Dr. Alessandro Lo Turco Valim
CIRURGIÃO-DENTISTA
CRO-MG 32.006
CPF: 038.533.116-95