



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/08/2021 4-Dia de Autorização 11/08/2021 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8947361 7-Dia Validade da Semeta 15/11/2021

8-Número da Carteira 00202540986500000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome JOSE CAPELETTI SOBRINHO 27/11/1958 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano RAQUEL CABRAL DE ARAUJO SILVA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV RADIOLOGIA PANORAMICA 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 73084 19-UF SP 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1119778372809 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 23-Número no CRO 73084 24-UF SP 25-Código CNES (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 27-Número no CRO 73084 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tecla	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franque/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glasa	42-Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	00	00	00	18/08/2021		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Provisão Tempo de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178100 47-Valor Total R\$ 000 48-Toda Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acato e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a 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 18/08/2021 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2021 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2021 53-Data, Local e Assinatura do Proprietário 18/08/2021

MACIEIRA PANORAMICA NO PRETO LTDA

Rua Generosa Bastos nº 3214
Bela Vista - CEP: 15015-790
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.