



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05	4-Data de Autorização 27/05/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8608645	7-Data Validade da Serina 18/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0020202537315400000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 557448 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome FERNANDA DE FATIMA FERREIRA	21/12/1979	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FERNANDA DE FATIMA FERREIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Convênio Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GLENDA ZAGUINI BRANDT

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1255921277890	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO SAVERIO BALDINU	23-Número no CRO 26195	24-UF PR	25-Código CNES 025 -
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANTONIO SAVERIO BALDINU	27-Número no CRO 26195	28-UF PR	29-Código CBO 5 09	30-Data de Realização 30/06/21	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura Saverio
---	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------------------	---

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 Guisa 42-Assinatura
1-0	0345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00				
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável FERNANDA F	53-Dado, local e Assinatura da Empresa Clinica de Imagem Baldini Elias - ME CNPJ: 26.641.914/0001-53
---	---	---	---