

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Ne

440373 INTERCÂMBIO	7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 0 1 3 / 1 2 1
6-Número da Guia Principal 8143124	5-Senha AUTORIZADO
4-Data de Autorização 1 6 / 1 1 2 / 2 0	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 1 2 / 2 0
2-Registro ANS 6414	1-Plano de Saúde para o qual se aplica o desconto

12-Número do Cartão Nacional de Saúde _____		11-Data Validade da Canteira ____/____/____	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		15-Nome do titular do plano THAIS DOMINGOS SILVA	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (____) _____-____	
8-Número do Cartão 0 2 0 2 5 3 4 6 6 6 0 0 0 0 1 0 1		7-Data de Emissão 08/10/1995	
6-Nome do Beneficiário THAIS DOMINGOS SILVA		5-Data de Nascimento 08/10/1995	

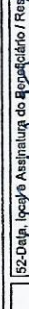
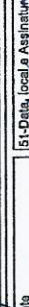
17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-LUF	20-Código CBO S
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		1750		MS	
22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-LUF	25-Código CNES
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		1750		MS	
27-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-LUF	29-Código CBO S
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		1750		MS	

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-Tratamento Odontológico	1-Total	4	72,00	0,00
2-Exame Radiológico	2-Parcial	2	0,00	0,00
3-Ortodontia	3-Total	0	0,00	0,00
4-Urgência/Emergência	4-Parcial	0	0,00	0,00
5-Total	5-Total	6	72,00	0,00

lho, 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 anexo. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 necessários ao pagamento a título de honorários, conforme eleiro-me a arcar com os custos previstos em anexo.

15/05/2024

Data, local e Assinatura do Dirigente 	Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário 	Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário 	Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário 	Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário 	Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário 
--	--	---	--	--	--