

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o ANO



1 Registro ANS 406414 2 Data de Emissão da Guia 12/01/1972 3 Data de Autorização 13/01/1972 4 Situação AUTORIZADO 5 Número da Guia Principal 7974929 6 Data Válida da Semra 18/01/1972 7 Data Válida da Semra 18/01/1972 399959 INTERCÂMBIO

8 Nome da Clínica 00020202532809800000001021021021 9 Plano POS REDE PRESTADORA 10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11 Data Válida da Clínica 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome DIRCEU BOTELHO DOS SANTOS 14 Telefone 15 Nome do titular do plano ADRIANA MUCHIK NASCIMENTO

16 Atendimento a RN 17 Nome do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA LTDA 18 Número no CRO 51370 19 UF SP 20 Cópia CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 14044185808 22 Nome do Contratado Encarregado FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR 23 Número no CRO 51370 24 UF SP 25 Código CRO S 26 UF SP 27 Código CRO S

28 Nome do Profissional Encarregado FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR 29 Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 F. Ace	35 Cód	36 Quantidade US	37 Valor	38 Frequência/Compartilhamento R\$	39 Anul	40 Data de Realização	41 Motivo da Realização	42 Assinatura
1-00081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00			32/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43 Data Prevista Término do Tratamento 13/01/2020 44 Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Cirurgia/Implante 45 Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcela 46 Total Quantidade US 178,00 47 Valor Total R\$ 0,00 48 Total Frequência / 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, compreendendo-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), poderão ser realizado(s) com meu consentimento e de livre e espontânea vontade. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Chaves/Assinatura

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 30/10/2020 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 30/10/2020 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2020 53 Data, local e Assinatura da Empresa