SulAmérica

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador 27228965

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela operadora
417815	27228965	29/04/2024	27228965	26/10/2024	

Dados do beneficiário

8 - Número da carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da carteira
1377007200	MAIS DOC	MARIA LUIZA MARINHO REOLON	

57 - Nome Social

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN
MARIA LUIZA MARINHO REOLON	0 0 / 51 996936109	MARIA LUIZA MARINHO REOLON	N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do profissional solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
ANA PAOLA DALA BARBA	30831	RS	223208

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
36463	ANA PAOLA DALA BARBA	30831	RS	4376366

26 - Nome do profissional executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
ANA PAOLA DALA BARBA	30831	RS	223208

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Qtde	36- Qtde US	37- Valor R$	38-Franquia R$	39- Aut	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42- Assinatura
22	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	ASAI		1	20,91	51,30	0,00	S			

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R$)	48 - Valor Total Franquia (R$)
	1		20,91	51,30	0,00

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 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 / Justificativa

Dra. Ana Paola Dala Barba
Cirurgiã-Dentista
CRO/RS 30831

50- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista
		29/04/2024	

54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável
09/4/2024	Maria LUIZA MARINHO REOLON