

647120

Iatro ANS 4414	3-Data de Emissão na Guia 04/08/21	4-Data de Autorização 05/08/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8898361	7-Data Válida de Série 02/11/21
-------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

do Beneficiário

10-Plano	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	

13

PIANE PEREIRA SANTOS 08/02/1990	15-Nome do titular do plano TATIANE PEREIRA SANTOS
--	---

do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 8
ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32008	MG	

diogo na Operadora / CNP: / CPF:

3	8	5	3	3	1	1	6	9	5	ALESSANDRO LO TURCO VALIM										23-Número no CRD	24-UF	25-Código CNEs
																				32006	MG	

ma do Profissional Exercente

ESSANDRO LO TURCO VALIM	27-Número no CRO 32006	28-Uf MG	29-Código CBO 8
---	--	--------------------------------------	---------------------------------

28 Tratamiento / Procedimientos Solicitadores

[illegible]

43-Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Otorinolaringológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 2 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
-----------------------------------	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

ro, 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 ato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

negativo

05/08/21	05/08/21	05/08/21	05/08/21
Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado Local e Carimbo da Empresa