



512493

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/1/03/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8439765	7-Data Validade da Senha 29/06/21
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202502683600919401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL BALESTRIN		14-Telefone 13/08/1989	15-Nome do titular do plano DANIEL BALESTRIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA IVETE BONAN TESTA	18-Número no CRO 1774	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 37638254953	22-Nome do Contratado Executante MARIA IVETE BONAN TESTA	23-Número no CRO 1774	24-UF SC	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante MARIA IVETE BONAN TESTA		27-Número no CRO 1774	28-UF SC	29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa 42-Data de Glosa
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00		S	19/04/21	
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00		S	19/04/21	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa Maria Ivet Bonan Testa CRO 1774 CPF: 376.382.549-53
---	---	---	--