

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 27/01/21 4-Dia de Autorização 28/01/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8239822 7-Dia Validade da Sentença 27/04/21

463269
INTERCÂMBIO

08-03-2021

8-Número da Carteira 00202534640700000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ERICA ROSA DE PAULA DAMASCENO

22/07/1986

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano ERICA ROSA DE PAULA DAMASCENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 74225251691

22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI

18-Número no CRO 12838

19-UF MG

20-Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI

27-Número no CRO 12838

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Folheta 31-Código do Procedimento

32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd 1

36-Quantidade US 178,00

37-Valor 0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glor 42-Assinatura

43-Dia Provisão Termino do Tratamento 28/01/21 44-Tipo de Atendimento 2 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 34,00

Obrigado, 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-Dado 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

28/01/21

28/01/21

28/01/21

28/01/21

de Paula Damasceno

de Paula Damasceno