



## **GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2 - Nº Guia no Prestador 28520290

<b>1 - Registro ANS</b> 006246	<b>3 - Número da Guia Principal</b> 28520290	<b>4 - Data de Autorização</b> 15/08/2024	<b>5 - Senha</b> 28520290	<b>6 - Data de validade da Senha</b> 11/02/2025	<b>7 - Número da Guia Atribuído pela operadora</b>
-----------------------------------	---	--	------------------------------	--	--

#### Dados do beneficiário

**8 - Número da carteira** 557801100      **9 - Plano** MAIS DOC      **10 - Empresa** 31.483.574 RODRIGO ROMERO FLORES      **11 - Validade da carteira**

**57 - Nome Social**

**13 - Nome** ADRIANA PEREIRA DA SILVA      **14 - Telefone** (51)82061189 / (51)982061189      **15 - Nome do titular do plano** ADRIANA PEREIRA DA SILVA      **16 - Atendimento a RN** N

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

**17 - Nome do profissional solicitante**  
**CLÍNICA WALLAUER ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA**

21 - Código na Operadora 35807	22 - Nome do Contratado Executante CLÍNICA WALLAUE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	23 - Número no CRO 6067	24 - UF RS	25 - Código CNES 4330579
-----------------------------------	---	----------------------------	---------------	-----------------------------

**26 - Nome do profissional executante**  
CLÍNICA WALLAUER ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

**27 - Número no CRO**  
6067

**28 - UF**  
RS

**29 - Código CBO**  
223208

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executado**

<b>43 - Data de Término do Tratamento</b>	<b>44 - Tipo de Atendimento</b>	<b>45 - Tipo de Faturamento</b>	<b>46 - Total Quantidade US</b>	<b>47 - Valor Total (R\$)</b>	<b>48 - Valor Total Franquia (R\$)</b>
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	75,71	123,00	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

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

**54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável**