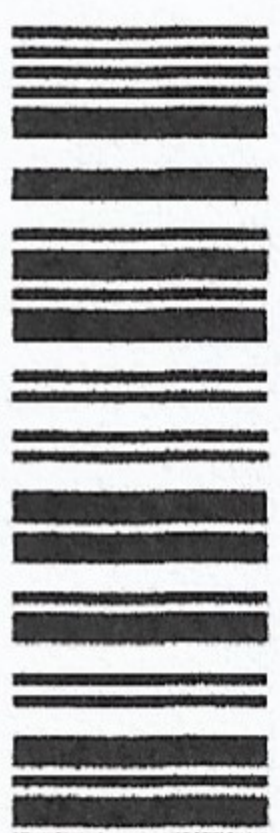




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



540985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8548290	7-Data Validade da Senha 10/02/18
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202537189900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CYBELLE REGINA VELOSO SILVA	23/01/1970	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CYBELLE REGINA VELOSO SILVA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100633718655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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-Assinatura
1	000	8100030			1	34,00	0,00		S	18/05/21		Cybele Regina
2	000	84000198			1	35,00	0,00		S	18/05/21		Cybele Regina
3	000	84000198			1	35,00	0,00		S	18/05/21		Cybele Regina
4	000	84000198			1	35,00	0,00		S	19/05/21		Cybele Regina
5	000	84000198			1	35,00	0,00		S	18/05/21		Cybele Regina
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronorontia 4-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 174,00 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Cybele Regina	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------