

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



937836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/22	4-Data de Autorização 07/04/22	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9773731	7-Data Validade da Série 06/07/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202544458000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA	24/08/1994	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA
---	------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa Enviar - RX
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------	-----------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24719336884	22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100218	26-Enviar (I) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES	27-Número no CRO 72296	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Cisão	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PDM	1	122,00	0,00			20/04/22		Francisca
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PMD	1	122,00	0,00			20/04/22		Francisca
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	61,00	0,00			20/04/22		Francisca
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

FOTO INIC / FINAL
OU
RX INIC / FINAL

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/04/22	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 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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	Dra. Iramara Felix Pires Cirurgia Dentista	Dra. Iramara Felix Pires Cirurgia Dentista
---------------	---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------