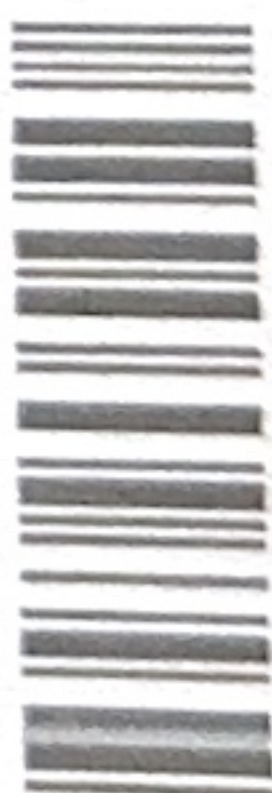


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2545148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2015	4-Data de Autotização 18/11/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Privada 14619770	7-Data Validade da Guia 14/01/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202512484430000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CAROLINE DE ALMEIDA	28/08/2002	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAROLINE DE ALMEIDA
--------------------------------	------------	------------------------------	--

16-Endereço e Responsável pelo Tratamento:

16-Endereço e Responsável pelo Tratamento: N	17-Nome de Profissional Solicitante ELISANDRA FIGUEIREDO MEIRELES	18-Número no CRO 24495	19-UF SC	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02902149042	22-Nome do Contratado Estudante ELISANDRA FIGUEIREDO MEIRELES	23-Número no CRO 24495	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISANDRA FIGUEIREDO MEIRELES	27-Número no CRO 24495	28-UF SC	29-Código CBO 8		

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Regio	34-Fone	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00		5	20/12/25	Caroline
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	44	00	00		5		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 17800	47-Valor Total R\$ 0000	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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Contratado Beneficiário 20/12/25 Cirurgiã dentista	51-Data, local e Assinatura do Grupêlo-Dentista 20/12/25 Cirurgiã dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/12/25 Caroline de Almeida	53-Data, local e Assinatura da Empresa
--	---	---	--

CRO-SC 24495

CRO-SC 24495