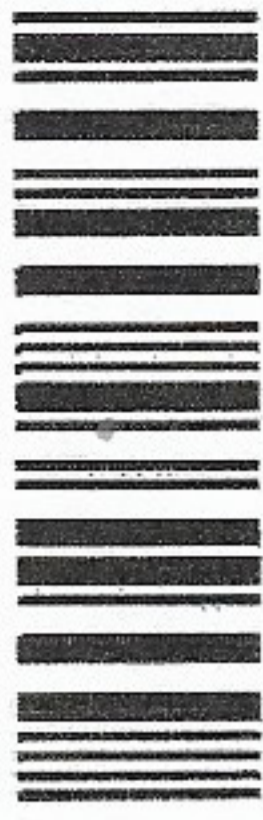




Instituição para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

391780
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/15/2011/12/11

6-Número da Guia Principal
7941579

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/17/11/10/12/10

3-Data de Emissão da Guia
10/17/11/10/12/10

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
100202053137500000101

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / /

13-Nome
AURORA MARIA ARAUJO

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
AURORA MARIA ARAUJO

16-Atendimento a RN
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

17-Nome do Profissional Solicitante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

18-Número no CRO
8301

19-UF
ES

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1167168536770

22-Nome do Contratado Executante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

23-Número no CRO
8301

24-UF
ES

25-Código CNES
/ / /

26-Nome do Profissional Executante
PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

27-Número no CRO
8301

28-UF
ES

29-Código CBO S
/ / /

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
1-000181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
2-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	HASD	1	35,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
3-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	HASE	1	35,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
4-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	HASD	1	35,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
5-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	HASE	1	35,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
6-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	1	18	1	61,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
7-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	1	37	1	61,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
8-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	1	46	1	61,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
9-0001851000200		RESTAURAÇÃO RESINA	1	38	1	88,00	0,00	0,00		14/OUT/2020	AURORA
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/10/2020

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
445,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/OUT/2020 PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/OUT/2020 PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/OUT/2020 AURORA MARIA ARAUJO

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / /

49-Observação