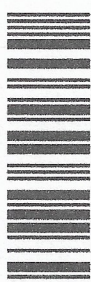




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/2012	4-Data de Autorização 10/09/2013	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8316491	7-Data Validada da Sentença 12/13/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 101021025351713000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 12/13/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 481867 INTERCAMBIO
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome PAMELA NATALIA MIRANDA CLEMENTE	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano JOSE TIAGO ALVES DOS SANTOS
--	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656
	23-Número no CRO 84656
	27-Número no CRO 84656
	28-Código CRO S SP
	29-UF SP
	20-Código CRO S 025
	Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1-0	0830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	72		1	73,00	0,00			08/03/21		Estomac
2-0	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			08/03/21		Estomac
3-0	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			08/03/21		Estomac
4-0	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			08/03/21		Estomac
5-0	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			08/03/21		Estomac
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/12/2012	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 213,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 PAMELA NATALIA MIRANDA CLEMENTE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 PAMELA NATALIA MIRANDA CLEMENTE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 JOSE TIAGO ALVES DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012 DJAMARA RIOS SANTOS
---	---	---	---

CROSP: 84656