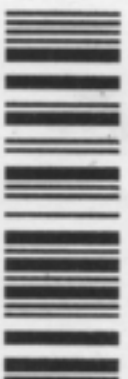




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/01/22	4-Data de Autorização 12/06/01/22	5-Sistema AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 9513137	7-Data Validação da Guia 12/06/04/22
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

854327
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 000202544868200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Atente
LARISSA DA SILVA CAVANHA

06/05/2008

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Telefone () - - - - -
--------------------------------------	------------------------------

11-Data Validação da Carteira // //	15-Nome do titular do plano ERICA ROBERTA DA SILVA
--	---

12-Numero da Cartão Nacional de Saúde

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24719336884	22-Atente do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES
--	---

26-Atente do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Numero no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S
23-Numero no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES
27-Numero no CRO 72296	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranço	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00			12/06/03/22	Que	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00			12/06/03/22	Que	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00			12/06/03/22	Que	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00			12/06/03/22	Que	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Pagamento 12/06/03/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Emergência Radiológica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
----------------------------------	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 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-Consideração

50-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 25/06/2022	51-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista 25/06/2022	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2022	53-Dia, local e Carimbo da Empresa // //
---	---	--	---

Dr. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista
CRP-SP 12296

Dr. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista
CRP-SP 12296

Dr. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista
CRP-SP 12296