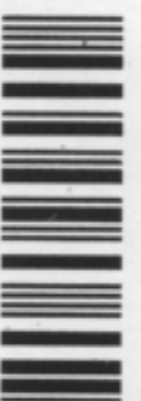




Terminado para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Travessia
Sua Foto 2^{da}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/02/22	4-Data de Autorização 23/02/22	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9619091	7-Data Validade da Guia 24/05/22	888070 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020254554360000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ////
---	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

13-Nome JENNIFER MACHADO SOBRINHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JENNIFER MACHADO SOBRINHO
--------------------------------------	----------------------	--

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 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

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 //
--	---	---------------------------	-------------	----------------------

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/22		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/22		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/22		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/22		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-08-Descrição do Diente 18/02/22	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exatodológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ //
---------------------------------------	--	--	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 quem 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-Guia, local e Assinatura do Profissional-Dentista Solicitante 18/02/22	51-Guia, local e Assinatura do Profissional-Dentista 18/02/22	52-Guia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/22	53-Data, local e Cartão da Empresa ////
---------------	--	--	---	--