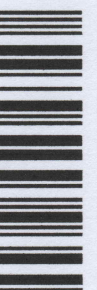


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ANº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2014 4-Data de Autorização 07/10/2015 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13777877 7-Data Validade da Sentença 15/10/2015

2283514
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 09720306898200013
13-Nome FABIO HENRIQUE DAMIAO GOMES IMBUZEIRO

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone

11-Data Validade da Carteira 11/02/1999

15-Nome do titular do plano FABIO HENRIQUE DAMIAO GOMES IMBUZEIRO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARINA LUIZA COSTA ANDRADE ALMEIDA

18-Número no CRO 56612

19-UF RJ

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 134292975000152

22-Nome do Contratado Executante DE QUEIROZ E SILVA ODONTOLOGIA LTDA ME

23-Número no CRO 36825

24-UF RJ

25-Código CNES 4764102

26-Nome do Profissional Executante MARINA LUIZA COSTA ANDRADE ALMEIDA

27-Número no CRO 56612

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1	008200859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	7300	0,00	0,00	0,00	0,00	11/10/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	0,00	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

11/11/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

11/11/2015 Dra. Marina LUIZA C. A. Almeida

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/2015 35 Roda P. B. Gomes

53-Data, local e Carimbo do Cirurgião-Dentista

11/11/2015 25 Cirurgiã - Dentista

CRO-RJ 56612