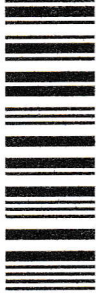


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

441858
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 6 / 1 0 3 / 1 2 / 1 1

6-Número da Guia Principal
8149952

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 7 / 1 1 2 / 1 2 / 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 6 / 1 1 2 / 1 2 / 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 1 2 0 2 5 3 4 2 9 2 9 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO JOSE RODRIGUES DA SILVA	14-Telefone () / / / / /	15-Nome do titular do plano FERNANDO JOSE RODRIGUES DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 5 4 0 8 9 9 4 8 0 5	22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	27-Número no CRO 11569	28-UF PE	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0	10811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00			18/12/20	X FERNANDO
2-0	10813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
3-0	10813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
4-0	10813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
5-0	10813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
6-0	108151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
7-0	108151000200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MD	1	88,00	0,00			18/12/20	X FERNANDO
8-0	108151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			19/12/20	X FERNANDO
9-0	108151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOD	1	122,00	0,00			19/12/20	X FERNANDO
10-0	108151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			19/12/20	X FERNANDO
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /	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 571,00	47-Valor Total R\$ 37.831,65	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 1.00
---	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/12/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato 19/12/20
---	---	---	--

Av. Barreto de Menezes Nº 420 A

Jabotão dos Guararapes

RODRIGUES DA SILVA