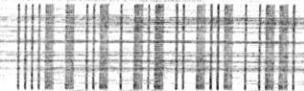


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



968526

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Código de Classificação da classe 04/05/22	3-Código de Autenticação 06/05/22	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Própria 9684412	6-Data Validade da Guia 02/08/22
Cartão do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00202544743500000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome JUCIELMA DE OLIVEIRA SANTANA		13-Data de Nascimento 26/07/1995	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUCIELMA DE OLIVEIRA SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS			27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S (I) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00			06/05/22		<i>Jucielma</i>
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00			06/05/22		<i>Jucielma</i>
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			06/05/22		<i>Jucielma</i>
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			06/05/22		<i>Jucielma</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão "Fim" do Tratamento 06/05/22	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 325,00	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), foram realizados 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.

39-Observações

Ana Luísa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

Ana Luísa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

06/05/22 *Jucielma de Santana*

06/05/22 *Jucielma de Santana*

06/05/22 *Jucielma de Santana*