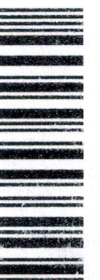




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



526998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8496904	7-Data Validade da Senha 11/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

526998
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202534929500001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAUÁ VIEIRA DA SILVA	03/11/2004	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CIVANIR ALVES VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	18-Número no CRO 20497	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 012057710769	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	23-Número no CRO 20497	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 82001286-18 (1) 82001286-48 (1) 82001286-28 (1) 82001286-38
---	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA	27-Número no CRO 20497	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82001286-18	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	361,00	0,00		S	07/04/21		Flaviana Alves Vieira
2-00	82001286-18	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	361,00	0,00		S	07/04/21		Flaviana Alves Vieira
3-00	82001286-18	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	361,00	0,00		S	07/04/21		Flaviana Alves Vieira
4-00	82001286-18	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	361,00	0,00		S	07/04/21		Flaviana Alves Vieira
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1444,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

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(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.

50-Carta, Foto e Assinatura do Contratado Responsável Dr. Rafael Backer Cirurgia Bucomaxiofacial CRO - RJ 45849	51-Carta, Foto e Assinatura do Contratado Responsável Dr. Rafael Backer Cirurgia Bucomaxiofacial CRO - RJ 45849	52-Carta, Foto e Assinatura do Beneficiário Responsável Flaviana Alves Vieira	53-Data, Foto e Carimbo da Empresa
--	--	--	------------------------------------