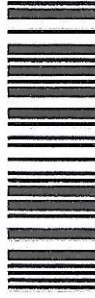


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019 12:01		4-Data da Autorização 12/06/2019 12:01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7883629		7-Data Validade da Senha 17/11/2019 12:01		377997 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 10020202528914110000001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Contrato Nacional da Saúde													
13-Nome MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES												14-Teléfono (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA						18-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 381860391014		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA						23-Número no CRO 9636		24-UF DF		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200													
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA								27-Número no CRO 9636		28-UF DF		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	
1-0008510200				RESTAURAÇÃO RESINA		48		OV		1		88000		0000		0000		S		10/11/2019		L M A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z			
2-																									
3-																									
4-																									
5-																									
6-																									
7-																									
8-																									
9-																									
10-																									
11-																									
12-																									
13-																									
14-																									
15-																									
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11												44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 118100		46-Total Quantidade US 18100		47-Valor Total R\$ 10000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10000					
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 10/11/2019 12:02				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019 12:02				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2019 20X Michele O.R.				53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2019 20													

Dr. Irani Xavier de Souza
Cirurgia Dentista
CRO - DF 9638