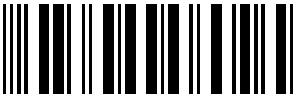


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2425451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 8 / 2 5	4-Data de Autorização 1 8 / 0 8 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14247740	7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 0 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 7 5 3 6 8 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002783181600
13-Nome PAMELA CRISTINA DE SOUZA 04/03/1995			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAMELA CRISTINA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VICTORIA MARANGON SANTANA		18-Número no CRO 143619	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 8 0 2 2 9 5 1 0 0 0 1 9 8		22-Nome do Contratado Executante RENOVARE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 143619	24-UF SP	25-Código CNES 4308034
26-Nome do Profissional Executante VICTORIA MARANGON SANTANA			27-Número no CRO 143619	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0 0	S		/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 6 1 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--