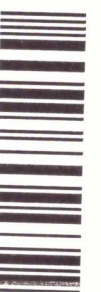




tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349383
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/11/2017

4-Data de Autorização
10/06/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7752713

7-Data Validade da Senha
12/09/2018

8-Número da Carteira
0101210252808121010101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RITA DE CASSIA CARVALHO DE ANDRADES

28/03/1979

14-Telefone
(1511) 3104710131

15-Nome do titular do plano
RITA DE CASSIA CARVALHO DE ANDRADES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
DENTAL DOC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
170539197068

22-Nome do Contratado Executante
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO

18-Número no CRO
11316

23-Número no CRO
11316

19-UF
RS

24-UF
RS

20-Código CBO S
09

25-Código CNES
(1) 81000405

26-Código CBO S
11316

28-UF
RS

29-Código CBO S
11316

26-Nome do Profissional Executante
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,8100	10,100	0,100	0	06/08/2018	06/08/2018	24
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	7,8100	10,100	0,100							

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 a 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
DentalDoc

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
06/08/2018 kuf

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/08/2018 kuf

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/08/2018 Rita de Cassia

53-Data local e Assinatura da Empresa
06/08/2018 Marcelo Martins Viana EIRELI

CNPJ: 30239050/0001-70