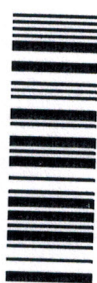


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



492657
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/10/21 4-Data de Autorização 08/10/21 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8361963 7-Data Validade da Semeta 03/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253578070000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ISACQUEL OLIVEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Teléfono () - 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano ISACQUEL OLIVEIRA DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02057710769 22-Nome do Contratado, Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Número no CRO 20497 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 27-Número no CRO 20497 28-UF RJ 29-Código CBO S

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-Aui	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	8,8,00	0,00			03/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 8,8,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 09/10/21 Dr. Isacquel Oliveira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/21 Dr. Flavia Cardoso Pereira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa