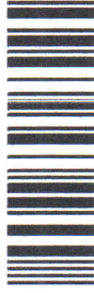


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



378291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7884793		7-Data Validade da Sentia 17/11/2012	
Dados do Beneficiário		4-Data de Autorização 12/10/2019		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002020252814702000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome EVELLYN VITORIA DA SILVA ADÃO		14-Teléfono		15-Nome do titular do plano LUANA PEROLA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		18-Número no CRO 118776		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139520170084611		22-Nome do Contratado Exercente REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		23-Número no CRO 118776		24-UF SP		25-Código CMES	
26-Nome do Profissional Exercente REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número no CRO 118776		28-UF SP		29-Código CBO S			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade US		34-Face	
1-001840000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7200		35-Data Realização 29/09/20	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		7200		1000	

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.

48-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/2019		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 29/09/2019		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2019		53-Data, local e Carimbo da Empresa	

Dra. Rebeca E. Samaraõ Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776

Dra. Rebeca E. Samaraõ Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776