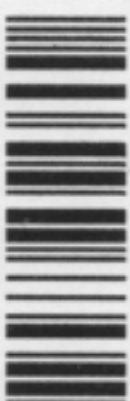




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



913745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/03/22

4-Data de Autorização
21/03/22

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9701031

7-Data Válida da Guia
19/06/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020254554360000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Válida da Carteira
21/03/22

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JENNIFER MACHADO SOBRINHO

13/04/1996

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JENNIFER MACHADO SOBRINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
24719336884

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Atendimento Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO
72296

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mofo da Guia	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			21/04/22		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00			21/04/22		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00			21/04/22		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

FOTO INIC / FINAL
OU
RX INIC / FINAL

43-Data Previsto Término do Tratamento
21/04/22

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Tratamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
237,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos, 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), foram realizados 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

Dra. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista

Dra. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/03/22

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/03/22

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/04/22

53-Data, local e Cartão da Empresa
21/04/22

Imagem no anexo - 21/04/22