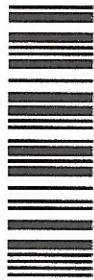




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/11 12/12/10	4-Data de Autorização 01/09/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129014	7-Data Validade da Senha 01/08/11 12/12/11
Dados do Beneficiário					
16-Número da Carteira 0002025339120000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATHALIA GABRIELLA DE OLIVEIRA THEODORO					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano NATHALIA GABRIELLA DE OLIVEIRA THEODORO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante THALYTA BRAGA DE MORAES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102115691784					
22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES					
26-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES					
29-Código CSO S 46146					
25-Código CNES 46146					
24-UF RJ					
23-Número no CRO 46146					
19-UF RJ					
18-Número no CRO 46146					
20-Código CSO S 025 - Faturar Empresa					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	0,00	S	10/12/2020	
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\$											
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	