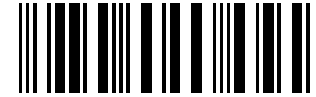


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1176692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/22	4-Data de Autorização 19/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10452853	7-Data Validade da Senha 05/01/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538241500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO	01/01/1980	14-Telefone (_) -_-_-_-_-	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE PF	18-Número no CRO 77777	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (l) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 37683596116	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE PF	23-Número no CRO 77777	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE PF		27-Número no CRO 77777	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	88,00	0,00	S		/	/	
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
--	--	--	--