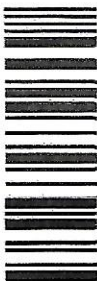


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



308615
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/01 4-Data de Autorização 10/17/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7528565 7-Data Validade da Guia 12/16/01 8-Data Validade da Guia 12/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020215218731160101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SONIA PIRES DA COSTA 14-Telefone 05/04/1960 15-Nome do titular do plano SONIA PIRES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8919162191827115 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 01F 85400262-34

26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Classe	42-Assinatura
1-010	85400262	PINO PRE-FABRICADO	34	1	1181010	10100	02107170	02107170	02107170	02107170	02107170	02107170
2-101	85400262	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	34	1	15141010	10100	02107170	02107170	02107170	02107170	02107170	02107170
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
16-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 21721010	47-Valor Total R\$ 101010	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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: Pagamento do ato condicionado ao envio de RX inicial e final do pino e imagem final da Coroa Provisória para análise de produção.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 02/07/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa