



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



413969
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
0 5 / 0 2 / 2 1

5-Número da Guia Principal
8031923

6-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 6 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 1 1 / 2 0

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
WEMERSSON PEREIRA DOS SANTOS

14-Telefone
() / /

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	18-Número no CRD 9636	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 8 1 8 6 0 3 9 1 0 1 4	22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	23-Número no CRD 9636	24-UF DF	25-Código CNES (I) 81000421- (IF) 85200165-14
--	---	--------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	27-Número no CRD 9636	28-UF DF	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente/Região 14	34-Foto	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
--	--	--	-----------------------	---------	--------	------------------	----------	-----------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	2-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	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	17-1	18-1	19-1	20-1	21-1	22-1	23-1	24-1	25-1	26-1	27-1	28-1	29-1	30-1	31-1	32-1	33-1	34-1	35-1	36-1	37-1	38-1	39-1	40-1	41-1	42-1	43-1	44-1	45-1	46-1	47-1	48-1	49-1	50-1	51-1	52-1	53-1	54-1	55-1	56-1	57-1	58-1	59-1	60-1	61-1	62-1	63-1	64-1	65-1	66-1	67-1	68-1	69-1	70-1	71-1	72-1	73-1	74-1	75-1	76-1	77-1	78-1	79-1	80-1	81-1	82-1	83-1	84-1	85-1	86-1	87-1	88-1	89-1	90-1	91-1	92-1	93-1	94-1	95-1	96-1	97-1	98-1	99-1	100-1
-------------------------	-------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

43-Data Previsto 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 12 7 2 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Frequência / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	--	---	--	-------------------------------	--

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), 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

Enviar RX Inicial e final na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/2020	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/2020
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/02/2020