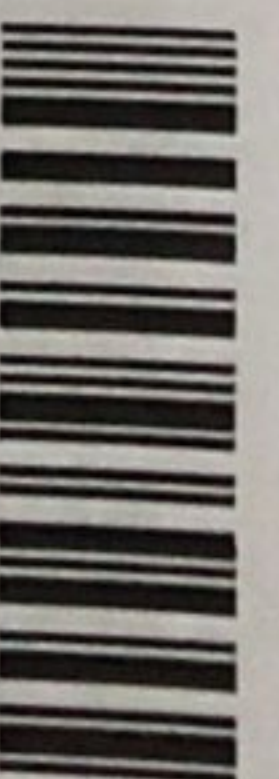


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



551999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/05/21
4-Data de Autorização 25/05/21
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8589456
7-Data Validade da Senha 12/08/21
8-Número da Carteira 002025375552000101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MARIA FERNANDA ALVAREZ
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano MARIA FERNANDA ALVAREZ
16-Endereço a RN CLINICA ODONTOMEDICA VIVER
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Número no CRO 12222
19-UF BA
20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02379397546
22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO
23-Número no CRO 12222
24-UF BA
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO
27-Número no CRO 12222
28-UF BA
29-Código CBO S
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teleta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,6,0,0	0,0,0,0			12/05/21		[Assinatura]
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,6,0,0	0,0,0,0			12/05/21		[Assinatura]
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,6,0,0	0,0,0,0			12/05/21		[Assinatura]
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,6,0,0	0,0,0,0			12/05/21		[Assinatura]
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4,0,0	0,0,0,0			12/05/21		[Assinatura]
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial
46-Total Quantidade US 178,00
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
Dr. Edimário Alves de Jesus Neto
Cirurgião-Dentista
Dr. Edimário Alves de Jesus Neto
Cirurgião-Dentista
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-CRO-BA 25/05/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/05/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/21