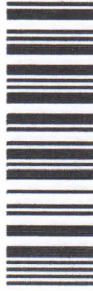




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430562
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Sanha
12/01/2021

16-Número da Guia Principal
8101477

15-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/04/2020

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2020

1-Registro ANS
406414

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional do Saúde	
13-Nome KATIA SANTOS MOTA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano KATIA SANTOS MOTA	

16-Atendimento a RN ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		18-Número no CRO 19222		19-JF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 016222261695016		22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		23-Número no CRO 19222		24-JF BA		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-JF BA		29-Código CBO S			

30-Tabella	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 Glusa 42-Assinatura
1-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00	0,00	0,00	S	04/12/20	Alina
2-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	04/12/20	Alina
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											

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/12/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 149,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---	------------------------------	---

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 04/12/2020 Alina Monteiro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/2020 Alina Monteiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/2020 Katia Santos Mota
--	--	---