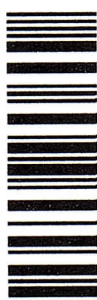




2-N

462795
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 11/21	4-Data de Autorização 12/6/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8237566	7-Data Validade da Sentença 12/6/10 4/21
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	0002015332178000001001
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	VITORIA FERNANDA GOMES
14-Telefone	(11) 1111-1111
15-Nome do titular do plano	VITORIA FERNANDA GOMES
05/08/2001	

16-Agendamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
N	CLÍNICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA	112010	SP	09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado/Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNIES	
12 7 2 5 8 9 1 4 8 5 4	ADAIR TRAPICHE JUNIOR	112010	SP		
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		
ADAIR TRAPICHE JUNIOR	112010	SP			

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- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,8,0,0	0,0,0,0		S	23/04/2024		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcial

17,8,0,0

0,0,0,0

49- Observação

50- Assinatura

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, fui informado e apresentei, 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(foram) realizado(s) de acordo com o plano de tratamento 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.

CROISP 1120

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