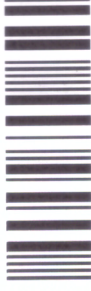




Insatibilidade para vól. 5011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



516374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 0 9 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8455566	7-Data Validade da Senha 0 5 / 0 7 / 2 1					
Dados do Beneficiário										
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 8 5 3 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Name DAIANNA SANTOS DA SILVA	20/02/1991	14-Telefone (121) 9640-9844	15-Name do titular do plano DAIANNA SANTOS DA SILVA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante PAULA ROSA SANTOS DA SILVA	18-Número no CRO 41983	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-24 (I) 81000421-					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 1 6 5 0 3 2 1 7 1 6	22-Name do Contratado Executante PAULA ROSA SANTOS DA SILVA	23-Número no CRO 41983	24-UF RJ	25-Código CNES						
26-Name do Profissional Executante PAULA ROSA SANTOS DA SILVA	27-Número no CRO 41983	28-UF RJ	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30-Tabela 1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0 2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 6-0 0 1 8 5 2 0 0 1 4 0 7-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL TRATAMENTO ENDODÔNTICO RX PERIAPICAL	33-Dente/Região 1 HASD HASE HAID HAIE 24 RMSD	34-Face 1 1 1 1 1 1 1	35-Qtd 1 1 1 1 1 1 1	36-Quantidade US 3 4 0 0 3 6 0 0 3 6 0 0 3 6 0 0 3 3 0 0 1 4 0 0	37-Valor 0	38-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0	39-Aut S S S S S S S	40-Data de Realização / / / / / / / / / / / / / /	41-Motivo da Clsua 42-Assinatura / / / / / / / / / / / / / /
8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-										
43-Data Previsão 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 5 2 5 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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