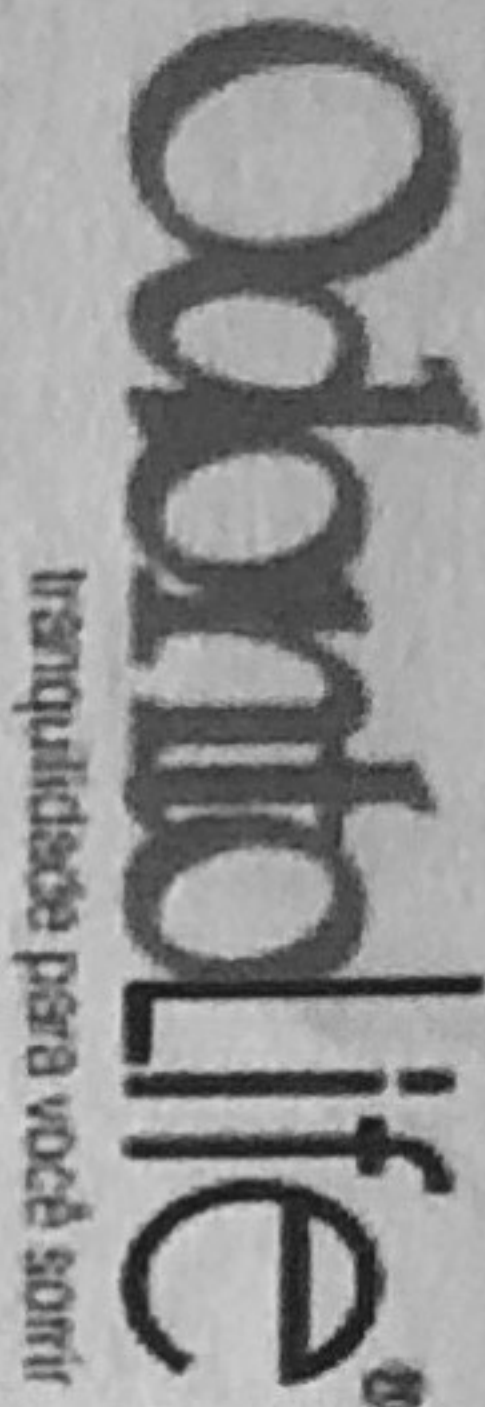
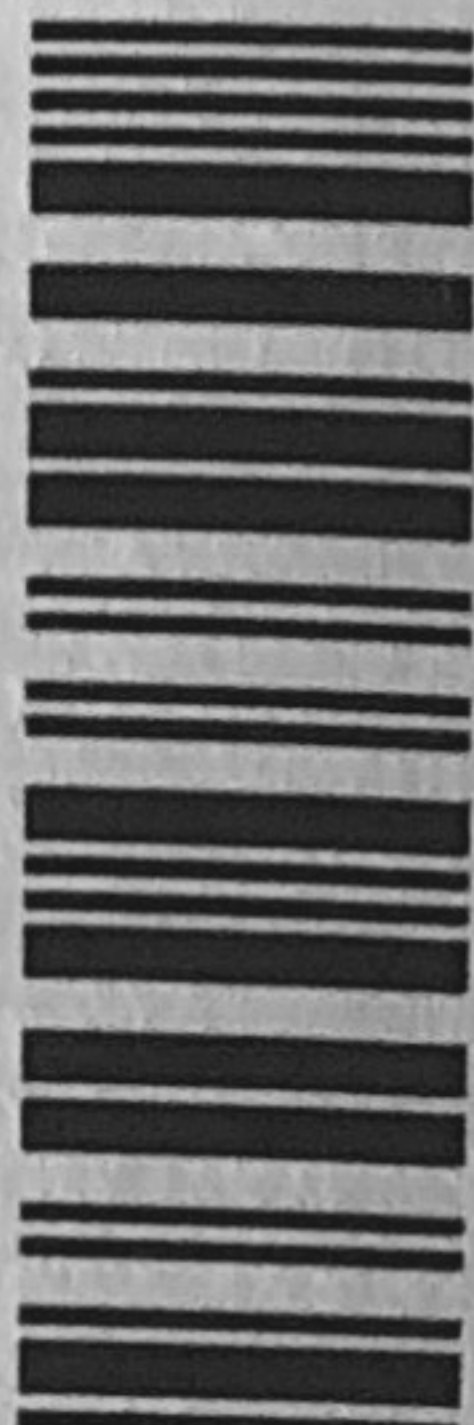




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/110/20	4-Data de Autorização 10/9/110/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7943284	7-Data Validade da Senha 10/5/101/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

392139
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202532458300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JEAN MICAEL DA SILVA ABREU	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEAN MICAEL DA SILVA ABREU
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA	18-Número no CRO 22274	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102214782052	22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA	23-Número no CRO 22274	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA	27-Número no CRO 22274	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				10/9/110/20		X Sean
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				10/9/110/20		X Sean
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				10/9/110/20		X Sean
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				10/9/110/20		X Sean
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				10/9/110/20		X Sean
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 ////	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/110/20 POR Bruna P. Motta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/110/20 X Jean Micael	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	--	---