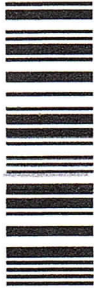


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



326751
INTERCÂMBIO

1-Fólio no ANS 4064:14	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2016	4-Data de Autorização 12/03/2016	5-Semáforo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645351	7-Data Validade da Semáforo 11/09/2016
8-Número da Carteira 1002020253038050000001001			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
9-Nome do Beneficiário PATRICIA FERNANDA DOS SANTOS			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA			13-Nome do titular do plano PATRICIA FERNANDA DOS SANTOS		
11-Data de Nascimento 10/08/1983			14-Telefone (11) 11111111		

15-Atendimento a RN N		16-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		17-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141320303008231111		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		23-Código CNES 134314	
25-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		26-Número no CRO 134314		27-Código CBO S SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rc./Jálio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glasa 42-Assinatura
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/16	11/11/16	X Patrici
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/16	11/11/16	X Patrici
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/16	11/11/16	X Patrici
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/16	11/11/16	X Patrici
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 114400	47-Valor Total R\$ 114400	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 um meu nome e por minha conta e ordem o valor devido, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/16 07/11/16	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/16 07/11/16	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/16 07/11/16	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
--	--	--	--