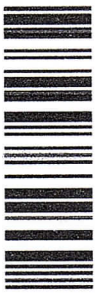




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

367819
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
3 0 1 1 1 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7838914

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 8 / 0 9 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 1 / 0 9 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 4 5 1 1 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-Nome LUCIENE NEVES DE SOUZA SANTOS	16/09/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIENE NEVES DE SOUZA SANTOS	

Dados de Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 1 5 2 9 9 6 1 0	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centre/Região	34-Finco	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	0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	18/09/20	18/09/20	Luciene
2	0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	18/09/20	18/09/20	Luciene
3	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	18/09/20	18/09/20	Luciene
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Provisão do Tratamento 18/09/20	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-Total Quantidade US 1 1 8 0 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
--	--	---	---	-----------------------------------	--

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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/20 Dra. Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 18/09/20 Dra. Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/09/20 Luciene
---	---	---