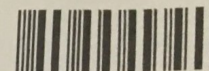




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

440447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 14/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8143464	7-Data Validade da Senha 14/03/2013
8-Número da Carteira 00202529867200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WAGNER RODOLFO TEIXEIRA DIAS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WAGNER RODOLFO TEIXEIRA DIAS	
23/02/1973					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS		18-Número no CRO 42998	19-UF RJ
20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 148542227		22-Número no CRO 42998	23-UF RJ
24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS	
27-Número no CRO 42998		28-UF RJ		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
5												
6												
7												
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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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 14/12/20 Dra. Ingrid Tranhaque	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 Dra. Ingrid Tranhaque	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Wagner Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	---