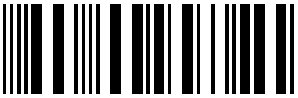


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



709471
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 0 9 / 2 1	4-Data de Autorização _ _ / _ _ / _ _	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 709471	7-Data Validade da Senha 1 9 / 1 2 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 1 8 5 9 0 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 LUCAS JOSE SANTOS DOS ANJOS		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano LUCAS JOSE SANTOS DOS ANJOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT		27-Número no CRO 118546	28-UF SP	29-Código CBO S

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ /		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ /		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ /		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ /		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ /		
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 _ _ 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 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			

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 _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--