



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.416



502936
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 12/3/03/21	6-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8400759	7-Data Validade da Sentia 11/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025362015000001102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Atente
BERNARDO RODRIGUES COSTA

14-Telefone
09/05/2016

15-Atendimento a RN
BARBARA RIBEIRO LINHARES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
110063378655

22-Nome do Contratado Específico
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

24-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

25-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

26-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

28-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

29-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

30-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

31-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

32-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

33-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

34-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

35-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

36-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

37-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

38-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

39-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

40-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

41-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

42-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

43-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

44-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

45-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

46-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

47-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

48-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

49-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

50-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

51-Atente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, a 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
10/5/19/12/1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/5/19/12/1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/5/19/12/1

53-Data, local e Contorno da Empresa
10/5/19/12/1