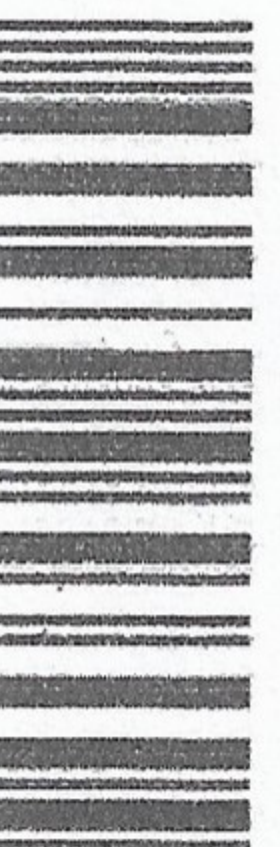


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/04/12/11

4-Data de Autorização
10/3/05/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8539343

7-Data Validade da Senha
12/9/07/12/11

538406
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025382720000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDILVANIA ALVES RIBEIRO

05/11/1969

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
EDILVANIA ALVES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DJAMARA RIOS SANTOS

18-Número no CRO
84656

19-UF
SP

20-Código CBO S

025
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
04632748650

22-Nome do Contratado Executante
DJAMARA RIOS SANTOS

23-Número no CRO
84656

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
DJAMARA RIOS SANTOS

27-Número no CRO
84656

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	---------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------	---------------

510310511212

28/05/21

1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

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

10/3/05/11/21

03/10/11/21

03/10/11/21

10/3/10/11/21

Drª Djamara Rios Santos

CROSP- 84656