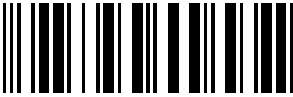


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1480625
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/23	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 11302528	7-Data Validade da Senha 03/09/23
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202557063800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRAYAN CHARBEIS DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LAUDICEIA INEZ CHARBEIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE CRISTALDO LEITE	18-Número no CRO 7195	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2869698000172	22-Nome do Contratado Executante AERO ODONTO LTDA	23-Número no CRO 7195	24-UF MS	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ALINE CRISTALDO LEITE	27-Número no CRO 7195	28-UF MS	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			/		
2-										/		
3-										/		
4-										/		
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 0,00	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), 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 / /
--	--	--	--