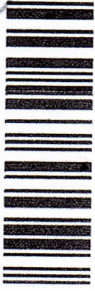


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1897604
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/05/2018		4-Data de Autorização 22/05/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12533484		7-Data Validade da Senha 25/05/2018	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202023698980000000101				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 CAMILA FERREIRA DA SILVA			
14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do titular do plano CAMILA FERREIRA DA SILVA				16-Atendimento a RN N			
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				18-Número no CRO 24111				19-UF RJ			
20-Código CBO S				21-Código CNES 9570608				22-Nome do Contratado Excutante SORRINDO MAIS LTDA			
23-Número no CRO 24111				24-UF RJ				25-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Excutante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				27-Número no CRO 24111				28-UF RJ			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd	
1-000185400114		COROA TOTAL EM CERÔMERO		22		1		472100		0000	
2-000185400262		PINO PRE-FABRICADO		22		1		11800		0000	
3-000185400262											
4-000185400262											
5-000185400262											
6-000185400262											
7-000185400262											
8-000185400262											
9-000185400262											
10-000185400262											
11-000185400262											
12-000185400262											
13-000185400262											
14-000185400262											
15-000185400262											
43-Data Previsto Término do Tratamento 22/05/2018		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1590,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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 pagar em 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 22/05/2018 JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/2018 CAMILA FERREIRA DA SILVA	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/2018 CAMILA FERREIRA DA SILVA	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/05/2018	