



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

1122045
INTERCÂMBIO

1-Rugeto ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 18/12/21	4-Data da Autorização 12/09/10 18/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10303594	7-Data Validade da Senha 12/07/11 11/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025508390000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSI DOS SANTOS DA COSTA		14-Telefone 30/01/1978	15-Nome do titular do plano JOSI DOS SANTOS DA COSTA		
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE DA SILVA SARTOR	18-Número no CRO 24305	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03098163003	22-Nome do Contratado Excecutor ALINE DA SILVA SARTOR	23-Número no CRO 24305	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excecutor ALINE DA SILVA SARTOR		27-Número no CRO 24305	28-UF RS	29-Código CBO S	
Nome do Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rotônio	34-Face	35-Qtd
1	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Motivo da Classe	40-Assinatura	
1440,00		13/09/10			
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\$
13/09/10	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1440,00	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 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 13/09/10 18/12/21 Cxs do Sur, Aline S. Sartor					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/10 18/12/21 Cxs do Sur, Aline S. Sartor					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/10 18/12/21 Cxs do Sur, Josi dos Santos da Costa					
53-Data, local e Cerebro da Empresa 13/09/10 18/12/21 Cxs do Sur, RS					

Dr. Aline S. Sartor
Cirurgiã - Dentista
CRO - 24305