

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



457150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 12/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8210518	7-Data Validade da Senha 11/09/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101020253479030000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CLEBER DA SILVA SANTOS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano CLEBER DA SILVA SANTOS	
-----------------------------------	--	------------------------------	--	---	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		18-Número no CRO 118776	
--------------------------	--	--	--	----------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1395207008146		22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		23-Número no CRO 118776	
--	--	---	--	----------------------------	--

26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número no CRO 118776		28-JUF SP	
---	--	----------------------------	--	--------------	--

29-JUF SP		30-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		31-Franchise/Co-participação R\$	
--------------	--	--	--	----------------------------------	--

32-Descrição 1-00085100196 RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 36 O 1		34-Face O 1	
--	--	---------------------------	--	----------------	--

35-Qtd 37		36-Quantidade US 6100		37-Valor 0100	
--------------	--	--------------------------	--	------------------	--

38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut S		40-Data de Realização 29/01/21	
----------------------------------	--	-------------	--	-----------------------------------	--

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura S		43-Total Franquia / Co-participação R\$		44-Total Franquia / Co-participação R\$	
---------------------------------------	--	---	--	---	--

45-Tipo de Atendimento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15		46-Tipo de Emergência 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15		47-Valor Total R\$	
---	--	--	--	--------------------	--

48-Total Quantidade US 112200		49-Total Quantidade R\$		50-Total Quantidade R\$	
----------------------------------	--	-------------------------	--	-------------------------	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---	--	---	--	-------------------------------------	--

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21, 11/21, 11/21		82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21		83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21, 11/21, 11/21	
---	--	---	--	---	--

Dra. Rebeca E. Samarao Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776

Dra. Rebeca E. Samarao Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/01/21, 11/21, 11/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa

48-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.