

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



310769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 05/12/01	4-Data de Autorização 10/07/10 05/12/01	5-Sanção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7544908	7-Data Validade da Sanção 10/04/10 08/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

De/des do Beneficiário NYCOLLAS KEVIN VICENTE DENCATI	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NYCOLLAS KEVIN VICENTE DENCATI	14-Teléfono (1111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CINTIA MARIANA VICENTE	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 134314	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1431210300882311	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 134314	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		27-Número no CRO 134314	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento / Solicitados	30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Releção	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0001811000003101			CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	131410101	010101			10/05/10		X
2-0001814000019181			PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	3510101	010101			10/05/10		X
3-0001814000019181			PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	3510101	010101			10/05/10		X
4-0001814000019181			PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	3510101	010101			10/05/10		X
5-0001814000019181			PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	3510101	010101			10/05/10		X
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência-Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 117410101	47-Valor Total R\$ 117410101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 117410101
--	--	---	---------------------------------	---------------------------------	--

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.

46-Observação
Dr. Rodrigo Monteiro
Cirurgião Dentista
CRO 134314

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10 05/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 05/12/01	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 11/06/10 05/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11
--	--	--	---