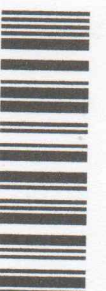


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



393538
INTERCÂMBIO

8-Registro em
40641

9-Data de Emissão da Guia
10/07/1988

4-Data de Autorização
11/01/1990

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7948830

7-Data Validade da Senha
10/07/1991

10-Plano de Tratamento

10-Plano de Tratamento
POS REDE PRESTADORA

10-Plano de Tratamento
DENTAL UNI COOPERATIVA

10-Plano de Tratamento
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/01/1991

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
BENEDITO GILBERTO PEDROSO SANTANA

30/07/1988

15-Nome do titular do plano
BENEDITO GILBERTO PEDROSO SANTANA

16-Atendimento a RN
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

17-Nome do Profissional Solicitante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

18-Número no CRO
96982

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13/51301470081211

22-Nome do Contratado Exatante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

23-Número no CRO
96982

24-UF
SP

25-Código CNIES

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Exatante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

27-Número no CRO
96982

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Rengão

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

1-0008100030

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

1

34

10

10

10

10

10

10

2-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

14

1

17

10

10

10

10

10

10

3-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

4-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

5-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

6-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

7-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

8-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

9-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

10-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

11-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

12-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

13-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

14-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

15-00082000859

EXODONTIA DE RAIZ

17

1

17

10

10

10

10

10

10

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/01/20

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-Total Quantidade US
18,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00

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(ram) 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