



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



461170
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sertina
2 5 / 0 4 / 2 1

6-Número da Guia Principal
461170

5-Sentia
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
/ / / / / /

3-Data de Emissão da Guia
2 5 / 0 1 / 2 1

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
() - - - - -

9-Pilano
POS REDE PRESTADORA

1-Data de Emissão da Guia
0 2 / 0 2 / 5 3 1 6 9 2 8 0 0 0 0 1 0 1

16-Nome do titular do plano
GILSON RODRIGUES DA SILVA

19-UF
SP

18-Número no CRO
26092

23-Número no CRO
26092

17-Nome do Profissional Solicitante
ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR

20-Código CBO S
025 -

24-UF
SP

27-Número no CRO
26092

22-Nome do Contratado Executante
ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR

25-Código CNES

26-UF
SP

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

28-UF
SP

35-Qtd
1

33-Dente/Região
44

29-Tratamento / Procedimentos Solicitados

36-Quantidade US
3 4 0 0

34-Face
1

30-Freqüência/Co-participação R\$

37-Valor
0 0 0 0

40-Data de Realização
2 5 / 0 1 / 2 1

31-Código do Procedimento

38-Freqüência/Co-participação R\$

41-Motivo da Glorosa 42-Assinatura
2 5 / 0 1 / 2 1

32-Código do Procedimento

39-Quantidade US

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável

33-Dente/Região

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

34-Face

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

35-Qtd

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

36-Quantidade US

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável

37-Valor

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável

38-Freqüência/Co-participação R\$

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

39-Quantidade US

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

40-Data de Realização

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

42-Assinatura

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

44-Tipo de Atendimento

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

45-Tipo de Faturamento

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

ro, 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
ito. 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
ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação