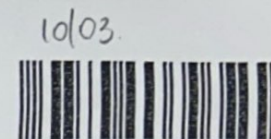


tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

2211572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/2015	4-Data de Autorização 18/02/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13541335	7-Data Validade da Senha 16/05/2015
8-Número da Carteira 00202512050200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ELIEZER DANIEL DE OLIVEIRA ROSA		14-Telefone do plano (11) 041996		15-Nome do titular do plano ELIEZER DANIEL DE OLIVEIRA ROSA	
16-Atendimento a RN Nº ESPECIALIZADO					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO SUL + DENTISTAS ESPECIALIZADOS		18-Número no CRO 103232		19-UF SP	
20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14791437000103		22-Nome do Contratado Executante FERREIRA ODONTOLOGIA LTDA ME		23-Número no CRO 103232	
24-UF SP		25-Código CNES 9600493		26-UF SP	
27-Número no CRO 103232		28-UF SP		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ALVES FERREIRA					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/02/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento R\$		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		09934,00		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 16/02/2015 Dr. Daniel Alves Ferreira Especialista Ortodontia / Implantes / Estética CRO-SP 103.232	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 16/02/2015 Dr. Daniel Alves Ferreira Especialista Ortodontia / Implantes / Estética CRO-SP 103.232	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/2015 Eliezer Daniel de Oliveira Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/02/2015 Odonto + Sul CRO-SP: CL-14765 CNPJ: 14.791.437/0001-03
--	---	--	---