

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

326186
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/16	4-Data de Autorização 12/12/16	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642688	7-Data Validade da Senha 16/09/17
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025305365000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
RENATO CESAR ROSSINE

15-Nome do titular do plano
RENATO CESAR ROSSINE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIEL CAETANO	18-Número no CRO 123878	19-UF SP	20-Código CBO S	2025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	----------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136615192000860	22-Nome do Contratado Executante GABRIEL CAETANO	23-Número no CRO 123878	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GABRIEL CAETANO	27-Número no CRO 123878	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Classe 42-Assinatura
1-01018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
2-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
3-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
4-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
5-01018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
6-01018151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
7-01018151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/17	
8-01018120000859		EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00	0,00	S	03/07/17	
9-01018120000859		EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00	0,00	S	03/07/17	
10-01018120000859		EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00	0,00	S	03/07/17	
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/17	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 519,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Carimbo da Empresa

Calleff & Reis Odontio

CROSP-CL18615

Cnpj: 29.677.455/0001-28

Dr. Gabriel Caetano
Cirurgião - Dentista
CRO - 123878