GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 532558

INTERCÂMBIO

ro ANS: 114	3-Data de Emissão da Guia: 23/04/21	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 532558	7-Data Validade da Senha: 22/07/21

o Beneficiário

ro da Carteira: 02025352971000010 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
e: LO ROGERIO FILOMENO 30/07/1976		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: PAULO ROGERIO FILOMENO	

o Contratado Responsável pelo Tratamento

dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	18-Número no CRO: 26092	19-UF: SP	20-Código CBO S: 025 -	
go na Operadora / CNPJ / CPF: 36410598440	22-Nome do Contratado Executante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	23-Número no CRO: 26092	24-UF: SP	25-Código CNES:	
e do Profissional Executante: ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		27-Número no CRO: 26092	28-UF: SP	29-Código CBO S:	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

ia	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
	08100049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	23/04/21		
	08540467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	12		1	8,00	0,00		N	23/04/21		

Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 42,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

, 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 o. 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 tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

rvação

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: / /