



Parceiros para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



763523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/10/21

5-Sentença
CONCLUIDO

6-Número da Guia Principal
9239491

7-Data Validade da Sentença
12/7/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202543041800000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MAURICIO TREVISANE GOMES

13/01/1974

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do Titular do plano

MAURICIO TREVISANE GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RSI

17-Nome do Profissional Solicitante
CROP - CENTRO DE RADIOLOGIA PRUDENTINO

18-Número no CRO
70738

19-UF
SP

20-Código CBO S
09

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
CLAUDEMIR VILHEGAS JUNIOR

23-Número no CRO
70738

24-UF
SP

25-Código CNES

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405
(I) 81000421-RIS
(I) 81000421-RII

26-Nome do Profissional Executante
CLAUDEMIR VILHEGAS JUNIOR

27-Número no CRO
70738

28-UF
SP

29-Código CBO S

(I) 81000421-RII

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-Fuor

35-Ort

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glor 42-Assinatura

1-0 0 8 1 0 0 4 0 5 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

2-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

3-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

4-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

5-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

6-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

7-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

8-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

9-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

10-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

11-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

12-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

13-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

14-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

15-0 0 8 1 0 0 4 2 1 RX PERIAPICAL

43-Data Previsto 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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Chirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Autorizado/Responsável

52-Data, local e Assinatura do Autorizado/Responsável

53-Data, local e Assinatura do Autorizado/Responsável

Dr. Claudemir Villegas Junior
Especialista em Radiologia
CRO-SP 70.738