

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



472867
INTERCAMBIC

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012 4-Data de Autorização 18/02/2011 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8281527 7-Data Validade da Serinha 11/01/015/211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210121534721021010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/015/211 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ERIKA BOCCHIO RODRIGUES

30/05/1983

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ERIKA BOCCHIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO 18-Número no CRO 59102 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1268812107867 22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO 23-Número no CRO 59102 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO 27-Número no CRO 59102 28-UF SP 29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-A
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
2-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
3-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
4-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
5-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
6-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
7-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
8-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
9-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
10-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
11-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
12-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
13-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
14-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		
15-00	08153010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1,88	10/12/21		

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/21 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 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação

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 contraídos. 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 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 11/01/21/21 Odete C. P. Odete 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 53-Data, local e Cartão da Empresa