



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



968853
INTERCÂMBIO

Regulador para todo o Brasil

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015	4-Data de Autorização 10/04/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9865365	7-Data Validade da Série 10/02/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020254645490000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WILSON ROBERTO GOMES JUNIOR	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILSON ROBERTO GOMES JUNIOR
--	----------------------	--

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 411697433855	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	27-Número no CRO 138944	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Guia	42-Assinatura										
1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0	13	VM	1	18	8	10	0	0	0	0	15	08	
2-1																						
3-1																						
4-1																						
5-1																						
6-1																						
7-1																						
8-1																						
9-1																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
43-Data Prevista Término do Tratamento 04/05/2016	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$																	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

Odontologista

Odontologista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/05/2016

CROSP 138944

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CROSP 138944

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/05/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa

04/05/2016