

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 4-Data de Autorização 10/17/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7543191 7-Data Validade da Semana 10/13/10 8/12/10

310549
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/10/2012 5/12/97 8/25/00 0001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Em Press DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREA REGINA DE BARROS DINIZ 14-Teléfono 18/12/1976 15-Nome do titular do plano ANDREA REGINA DE BARROS DINIZ 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA 18-Número no CRO 123665 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1104104253644 22-Nome do Contratador Excitante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA 23-Número no CRO 123665 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA 27-Número no CRO 123665 28-UF SP 29-Código CBO S

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 Glória	42-Assinatura
1-10	1081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			10/12/10		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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 178,00 47-Valor Total R\$ 28.452,95 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 em contrato. Declaro, ainda que (e/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.

ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/17/10 51/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/17/10 51/12/10 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/17/10 51/12/10 15.3232-7072