

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



398038
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 408414
3-Dados de Emissão da Guia 116110112101
4-Dados de Autorização 1201110112101
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7967313
7-Dados de Validade da Guia 114110111211

8-Número da Carteira 101012101251311911731010101011011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dados de Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BENEDITO GILBERTO PEDROSO SANTANA
30/07/1988
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano BENEDITO GILBERTO PEDROSO SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N
17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35304700821
22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO
23-Número no CRO 96982
24-UF SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO
27-Número no CRO 96982
28-UF SP
29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101820000859		EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,10	0,00			5106111120		Benedito
2-0101820000875		EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,10	0,00			5106111120		Benedito
3-1111111111111												
4-1111111111111												
5-1111111111111												
6-1111111111111												
7-1111111111111												
8-1111111111111												
9-1111111111111												
10-1111111111111												
11-1111111111111												
12-1111111111111												
13-1111111111111												
14-1111111111111												
15-1111111111111												
43-Dados de Previsão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1061111111201	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1146,00	10,00								

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

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06111111201
51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10611111201
52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06111111291
53-Dados, local e Contato da Empresa