

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



INTERCAMBIO 353346

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 18/12/10	4-Data de Autocessão 11/12/10 18/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7771357	7-Data Validade da Série 10/05/11 11/12/10
8-Nome do Beneficiário 00020252189321100001103	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISADORA SANTOS DE OLIVEIRA	14-Teléfono () 358915942	15-Nome do titular do plano VICTOR DE OLIVEIRA NETO	16-Número no CRO 40848	17-Número no CRO 40848	18-Código CRO S 025 -
19-Data de Contato Realizável pelo Tratamento N	20-Nome do Professor al Soluções FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	21-Nome do Contatado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	22-Número no CRO 40848	23-Número no CRO 40848	24-UF RJ
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1102156583706	26-Nome do Profissional Esculpente FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	27-Número no CRO 40848	28-UF RJ	29-Código CRO S 025 -	30-Data de Realização 10/07/10
31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentista/Região 26 C 27 MOD	34-Data 11/12/10	35-Quantidade US 12200	36-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
37-Valor R\$	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Data 10/07/10	40-Data de Realização 10/07/10	41-Motivo de Cessão 280820	42-Assinatura 280820
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circondita 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, no ato e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação 280820					
50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/07/10 18/12/10					
51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/07/10 18/12/10					
52-Data local e Assinatura do Beneficiário 10/07/10 18/12/10					
53-Data local e Carimbo da Empresa 10/07/10 18/12/10					

CNPJ: 28.090.560/0001-86