



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A

331374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 2/9/06/12/01	3-Data de Autorização 01/07/12/01	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7669991	6-Data Validade da Senha 2/7/09/12/01							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202526671200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome NATALIA NOBREGA DE MELLO		14-Telefone 23/05/1984	15-Nome do titular da planilha NATALIA NOBREGA DE MELLO									
Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número na CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CFP 16421958800	22-Nome do Contratado-Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número na CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número na CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO 8								
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 Oclusão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	24/06/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6100	000		S	13/07/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100	000		S	24/08/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	000		S	24/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de emissão da Guia (assinatura) 24/08/20		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 21700		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
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 DENTAL UNI a utilizar 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-Assinatura Dr. Jose Eduardo de Mello		50-Assinatura Dr. Jose Eduardo de Mello		51-Assinatura Dr. Jose Eduardo de Mello		52-Assinatura Dr. Jose Eduardo de Mello		53-Data, local e Carimbo da Empresa				
24/08/20		24/08/20		24/08/20		24/08/20						