



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 2-Data de Autenticação 12/12/11 01/2101 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7976948 7-Data Validade da Senha 11/8/10 11/12/11

400367 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121012153119117131010101011011 9-Plano 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 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-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO 18-Número no CRO 96982 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13151310147101018121111 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

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-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Assinatura
1.	010	0185110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	1611010	0101010	1	12/12/10	12/12/10	[Assinatura]
2.	010	0185110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	1611010	0101010	1	12/12/10	12/12/10	[Assinatura]
3.	010	0185110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1611010	0101010	1	13/01/10	12/12/10	[Assinatura]
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/01/10 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 118131010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Decido, 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. Decido, 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa