



389238
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
389238

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização _____/_____/____3-Data de Emissão da Guia
10/4/10/20101414 *Estro ANS*

do Beneficiário		10- Empresa		11- Data Validade da Carteira		12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
0 2 0 2 5 3 1 6 9 2 8 0 0 0 0 1 0 4		POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA			
do Plano		14- Telefone		15- Nome do titular do plano			
05/11/2000		()		GILSON RODRIGUES DA SILVA			
STAVO HENRIQUE PETRONIO							

do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
		ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		26092		SP			
digo na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
13 6 4 1 0 5 9 8 4 4		ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		26092		SP			
ma do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
NESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		26092		SP					

[illegible]

la Revista, Término de Tratamiento	44- Tipo de Atendimiento ☐ 1- Tratamiento Oncológico 2- Exma Radiológico 3- Ordonalia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total ☐ 2- Parcial	46- Total Quantidade US _____ _____ _____ _____ _____ 4 2 0 0	47- Valor Total R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 0 0 0 0 0	48- Total Franquia / Co-participação R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
------------------------------------	--	---	---	--	---

ro, 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em anexo. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 necessários ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

serviço 350

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Carimbo da Empresa