



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

325677
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/10/16/12/10	4-Data de Autorização 11/19/10/16/12/10	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640116	7-Data Validade da Guia 11/15/10/19/12/10						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010210215310210115101010101011	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome SILMARA DE SOUSA		14-Telefone 22/10/1976	15-Endereço do plano SILMARA DE SOUSA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 5411	19-UF SP	20-Código CBO S 00	025 - Faturar Empresa Enviar - RX 01 81000405						
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 01159131285868	22-Nome do Contratado Executante NIVALDO GONCALVES	23-Número no CRO 5411	24-UF SP	25-Código CBO S 00							
26-Nome do Profissional Executante NIVALDO GONCALVES		27-Número no CRO 5411	28-UF SP	29-Código CBO S 00							
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 Cláusula 42-Assinatura
1-01018101010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7181010	011010			11/15/10/19/12/10	11/15/10/19/12/10
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11		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 17181010		47-Valor Total R\$ 1011010		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(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 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 12/11/10/19/12/10		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10/19/12/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/19/12/10		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10/19/12/10					

Dr. Nicolau Jorge Lauand Neto

Cirurgião dentista

Crosp 34312

p/
Silviano de Sousa

Soleto!

Rt Paracampo.

refus: vários pontos comarais (sustine).



17/6/2020

Dr. Nicolau Jorge Lauand Neto
Cirurgião Dentista
CROSP 34.312

Av. Galileu Galilei 260 – Araraquara S.P.

Fone – 3339-1329