

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505451
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
12/10/16 12/11

6-Número da Guia Principal
8408513

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Emissão da Guia
12/10/13 12/11

1-Registro ANS
406414

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

3-Data de Emissão da Guia
12/10/13 12/11

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA APARECIDA DA SILVA

14-Telefone
(11) 11111111

13-Nome
ELISANGELA APARECIDA DA SILVA

23/11/1978

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DIEGO ADRIANO RICARDO

19-UF
SP

18-Número no CBO
121025

22-Nome do Contratado Executante
DIEGO ADRIANO RICARDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
131313181913191812161111

20-Código CBO S
025

24-UF
SP

23-Número no CBO
121025

27-Nome do Profissional Executante
DIEGO ADRIANO RICARDO

26-Número do Profissional Executante
DIEGO ADRIANO RICARDO

25-Código CNES
Enviar - RX
(IF) 85200156-16

28-UF
SP

27-Número no CBO
121025

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

31-Código de Procedimento
101018151210111518

34-Fratura/Coparticipação R\$
39-Aut. 40-Data de Realização
31-11-13 11/21

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

36-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

38-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

39-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

40-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

41-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

42-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

43-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

44-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

45-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

46-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

47-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

48-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

49-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

50-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

51-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

52-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

53-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

54-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

55-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

56-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

57-Quantidade US
16

37-Valor
16

35-Quantidade US
16

33-Material/Rolagem
16

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

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.

48-Observação

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
14/11/13 11/21 11/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
14/11/13 11/21 11/21

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
14/11/13 11/21 11/21

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
14/11/13 11/21 11/21

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela

1 Elisângela