

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1287135
INTERCÂMBIO

1-Registro AIS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
10/09/2016 11:23

4-Dados de Autorização
11/10/2016 11:23

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10744541

7-Data Validade da Seria
10/09/2016 11:23

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira
100202548802200000102

10-Pos
POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Data Validade da Carteira
11/10/2016 11:23

13-Nome do titular do plano
VIVIANE PRIMO DA LUZ

14-Nome
RAFAEL LUZ VEDOVOTO

15-Data
03/02/2016

16-Telefone
() - - - - -

17-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RUI
TALITA SENA DELGADO FERNANDES

19-Número no CRO
132162

20-Código CBO S
132162

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF
132162

22-Número no CRO
132162

23-Código CNES
132162

24-Código CBO S
132162

25-Código CNES
132162

26-Código CBO S
132162

27-Código CNES
132162

28-Código CBO S
132162

29-Nome do Profissional Exercente
TALITA SENA DELGADO FERNANDES

30-Código no Operadora / CNPJ / CPF
132162

31-Número no CRO
132162

32-Código CNES
132162

33-Código CBO S
132162

34-Código CNES
132162

35-Código CBO S
132162

36-Código CNES
132162

37-Código CBO S
132162

38-Código CNES
132162

39-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

40-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

41-Dente Região
1

42-Face
1

43-Quantidade US
34,00

44-Valor
10,00

45-Franquia/Co-participação R\$
11,23

46-Aut
11,23

47-Data de Realização
11/10/2016 11:23

48-Motivo da Guia
11,23

49-Assinatura
Xmickfide...

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
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

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Exame Radiológico

46-Tipo de Urgência/Emergência

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Quantidade US

49-Tipo de Total R\$

50-Tipo de Total R\$

51-Tipo de Total R\$

52-Tipo de Total 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 previsto no 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, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Carimbo da Empresa

57-Data, local e Carimbo da Empresa

58-Data, local e Carimbo da Empresa

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável