



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



351742 INTERCAMBIO

7-Data Válida de Senha 03/11/2011

6-Número da Guia Principal 7763744

5-Senha AUTORIZADO

4-Data de Autorização 10/17/10

1-Registro ANS 4064-4

2-Data de Emissão da Guia 05/10/18

11-Data de Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone (11) 71233171238 15-Nome do titular do plano SAUL FERREIRA MARTINS NETO

16-Atividade Profissional 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO 18-Fractal 19-UF SP 20-Código do CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Execução em nome RODRIGO SANTOS MONTEIRO 23-Número no CRO 134314 24-UF SP 25-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO 26-Número no CRO 134314 28-UF SP

Table with columns: 30-Tabella, 31-Código do Procedimento, 32-Descrição, 33-Dente/Região, 34-Face, 35-Qtd, 36-Quanto Usado, 37-Valor, 38-Franquia/Co-participação R\$, 39-Aut, 40-Data de Realização, 41-Motivo da Classe 42-Assinatura. Rows include procedures like CONSU TA ODONTOLÓGICA, RASFAGEM SUPRA-GEN GIVAL, RESTAURAÇÃO RESINA, etc.

43-Data de Fim do Tratamento, 44-Tipo de Atendimento, 45-Tipo de Faturamento, 46-Total Quantidade US, 47-Valor Total R\$, 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional, assistente e arcar com os custos previstos em contrato de plano, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e em conformidade com o contrato de plano e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações, 50-Data, local e Assinatura do Solicitante, 51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável, 52-Data, local e Assinatura do Empregador