

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



459206
INTERCÂMBIO

gistro AINS 6414	Senha ou Emissão da Guia 21/10/11/21	4.º Data de Autorização 21/10/11/21	5.º Série AUTORIZADO	6.º Número da Guia Principal 8218342	7.º Data Validada da Série 21/10/11/21
---------------------	---	--	-------------------------	---	---

Nome do Beneficiário 10.2 0 2 5 3 1 0 0 9 6 0 0 0 0 1 0 2	6.º Plano POS REDE PRESTADORA	10.º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11.º Data Validada da Carteira / /	12.º Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Nome 3.º ANCIANNE MIRANDA MOREIRA ESCOBAR	9.º Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 09/03/1982	14.º Telefone () - - - - -	15.º Nome do titular do plano RICARDO ESCOBAR URBIEITA
--	---	--------------------------------	---

17.º Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	18.º Número no CRO 1750	19.º UF MS	20.º Código CBO S 025 -
--	----------------------------	---------------	----------------------------

Dógi na Operação / CNPJ / CPF 7 4 1 5 4 4 1 9 6 6 8	22.º Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	23.º Número no CRO 1750	24.º UF MS	25.º Código CNES Faturar Empresa
--	---	----------------------------	---------------	-------------------------------------

Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	27.º Número no CRO 1750	28.º UF MS	29.º Código CBO S
--	----------------------------	---------------	-------------------

3.º de Tratamento / Procedimentos Solicitados	32.º Descrição	33.º Denat.Região	34.º Faixa	35.º Qtd	36.º Quantidade US	37.º Valor	38.º Franquia/Co-participação R\$	39.º Aut	40.º Data de Realização	41.º Motivo de Glosa	42.º Assinatura
---	----------------	-------------------	------------	----------	--------------------	------------	-----------------------------------	----------	-------------------------	----------------------	-----------------

0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			21/10/11		
0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0 0			21/10/11		
0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0 0			21/10/11		
0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0 0			21/10/11		
0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0 0			21/10/11		

43.º Provisão Termino do Tratamento	44.º Tipo de Atendimento	45.º Tipo de Faturamento	46.º Total Quantidade US	47.º Valor Total R\$	48.º Total Franquia / Co-participação R\$
21/10/11	1 - Tratamento Odontológico	1 - Total 2 - Parcela	1 7 4 0 0	0 0 0 0	

lento, que após ter sido devidamente esboçado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em meu plano. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

1.º Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Carlos Eduardo F. Maluf	5.º Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/11	12.º Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ricardo Escobar Urbieita	53.º Data, Local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Dr. Carlos Eduardo F. Maluf
CRO 1750 - 741544-990-85
0455 6247053