

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24V

348306
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/08/2010

6-Número da Guia Principal
7747531

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
05/10/08

3-Data de Emissão da Guia
13/01/07

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira

00202530673200000101

13-Nome

FRANCISCO PEREIRA DE AGUIAR

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone

() - - - - -

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano

FRANCISCO PEREIRA DE AGUIAR

18-Número no CRO

47764

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

24-UF

SP

25-Código CMES

Envia - RX

(I) 85100200

(I) 85100200

26-Código CBO S

(IF) 85200166-11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

ROBERTO AGRICIO GONCALVES SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0921313503181011

26-Nome do Profissional Executante

ROBERTO AGRICIO GONCALVES SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

TRATAMENTO ENDODONTICO

RESTAURAÇÃO RESINA

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glória 42-Assinatura

30/07/2010

07/08/2010

21/08/2010

06/08/2010

14/08/2010

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Quantidade US

49-Tipo de Faturamento

50-1-Total 2-Parcial

51-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

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), 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 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

30/07/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

30/07/2010

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

53-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

54-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

55-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

56-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

57-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

58-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010

59-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

30/07/2010