

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/7/10 11/21 4-Data de Autorização 10/7/10 11/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8176634 7-Data Validade da Sentença 10/7/10 11/21

448864
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002022533515400000010101

9-Pessoa POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADALTON DE SOUSA

14-Telefone (11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano ADALTON DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA

18-Número no CRO 112010

19-UF SP

20-Código CBO S 09

25-Nome do Contratado Executante ADALTON DE SOUSA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121258191485411111

22-Nome do Contratado Executante ADALTON DE SOUSA

23-Número no CRO 112010

24-UF SP

25-Código CNES 11200405

26-Nome do Profissional Exercente ADALTON DE SOUSA

27-Número no CRO 112010

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Recusa	42- Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	10,00			10/11/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisória Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantitativo US 78,00 47- Valor Total R\$ 10,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-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/foram realizado(s) de acordo 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-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Radio - Dentista
CR01SP/112010

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa