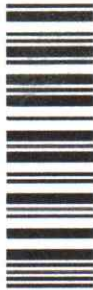




Participação para procedimentos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



299651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 13/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7472818	7-Data Validade da Senha 09/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202529222200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome GIANE ALVES DA SILVA LIMA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano GIANE ALVES DA SILVA LIMA
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	18-Número no CRO 76750	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125350740873	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	23-Número no CRO 76750	24-UF SP	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	27-Número no CRO 76750	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ruglio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00852020158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	5331010	01000	01000	01000	01000	01000	01000	01000
2-00852020158											
3-00852020158											
4-00852020158											
5-00852020158											
6-00852020158											
7-00852020158											
8-00852020158											
9-00852020158											
10-00852020158											
11-00852020158											
12-00852020158											
13-00852020158											
14-00852020158											
15-00852020158											

43-Data Previsto Término do Tratamento

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/06/2015	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 Quantidade US 5331010	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

Dedarei, 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

Favor anexar RX Inicial e Final para produção

Dr. Flavia Anita Giraldi Cavaleiro

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
06/06/2015

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/06/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/06/2015

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
06/06/2015