

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/05/11 00:20

4-Data de Autorização
10/08/11 00:20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7933629

7-Data Validade da Senha
10/03/10 11:21

389864
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020253195940000010021

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

13-Nome
FRANCIELE MACALI PORTES

25/12/1985

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
FABIO JUNIOR BUSCH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GABRIELI FABIANI

22-Nome do Contratado Executante
GABRIELI FABIANI

18-Número no CRO
29697

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10193152959000

23-Número no CRO
29697

24-UF
PR

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
GABRIELI FABIANI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabelei	31-Código do procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gress	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/10/11		Franciele Portes
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			10/10/11		Franciele Portes
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			10/10/11		Franciele Portes
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			10/10/11		Franciele Portes
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			10/10/11		Franciele Portes
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
13/10/11

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
1178,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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), 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 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
13/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/11

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/11