

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



312375
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 5/11/12 01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7556537	7-Data Validade da Sineta 11/10/10 8/12/10
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número de Carteira 101021025298585000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome LILIAN FURQUIM LOPES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LILIAN FURQUIM LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO		18-Número no CRO 98515		19-UF SP		20-Código CBO S		21-UF SP		22-Código CNES		23-UF SP		24-UF SP		25-Código CBO S		26-UF SP		27-Código CBO S		28-UF SP		29-Código CBO S		30-UF SP		31-UF SP		32-UF SP		33-UF SP		34-UF SP		35-UF SP		36-UF SP		37-UF SP		38-UF SP		39-UF SP		40-UF SP		41-UF SP		42-UF SP		43-UF SP		44-UF SP		45-UF SP		46-UF SP		47-UF SP		48-UF SP		49-UF SP		50-UF SP		51-UF SP		52-UF SP		53-UF SP		54-UF SP		55-UF SP		56-UF SP		57-UF SP		58-UF SP		59-UF SP		60-UF SP		61-UF SP		62-UF SP		63-UF SP		64-UF SP		65-UF SP		66-UF SP		67-UF SP		68-UF SP		69-UF SP		70-UF SP		71-UF SP		72-UF SP		73-UF SP		74-UF SP		75-UF SP		76-UF SP		77-UF SP		78-UF SP		79-UF SP		80-UF SP		81-UF SP		82-UF SP		83-UF SP		84-UF SP		85-UF SP		86-UF SP		87-UF SP		88-UF SP		89-UF SP		90-UF SP		91-UF SP		92-UF SP		93-UF SP		94-UF SP		95-UF SP		96-UF SP		97-UF SP		98-UF SP		99-UF SP		100-UF SP	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	----------------	--	-------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 de Glor	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-10	018100000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/10/10	05/12/10	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/10 05/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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 11/10/10 05/12/10		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/10 05/12/10		52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/10 05/12/10		53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/10/10 05/12/10		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/10/10 05/12/10	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---	--

Mayara B. Lobo

Cirurgia Dentista
CROSP 98.515