



Interfacing para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



459365
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 400414	3- Data de Emissão da Guia 21/10/2013	4- Data de Autuação 21/10/2013	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8223178	7- Data Validade da Série 21/10/2014
---------------------------	--	-----------------------------------	------------------------	--	---

8- Número da Carteira 1010210215134161411210101010110121	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 MARCELLO DE LUCAS FERNANDES VENTOSA	21/10/2013	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano JULIANA DE SA SANTANA
---	------------	-------------------------------	---

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	18- Número no CRO 137478	19- UF SP	20- Código CRO S 025 -
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	---------------------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 3191618161416181510111	22- Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ	23- Número no CRO 137478	24- UF SP	25- Código CNES Faturar Empresa
--	---	-----------------------------	--------------	------------------------------------

26- Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ	27- Número no CRO 137478	28- UF SP	29- Código CRO S
---	-----------------------------	--------------	------------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1	010181410101019101	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		11	11	12	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2	010181101010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	13	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urologia/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcel	46- Total Quantidade US 1101610101	47- Valor Total R\$ 10,10	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
---	--	---	---------------------------------------	------------------------------	---

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e do forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os v. referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

Dra. Lara Silva Milanez
Cirurgiã Dentista

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2013 Lara Silva Milanez	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2013 Lara Silva Milanez	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2013 Juliana de Sa Santana	53- Data, local e Contato da Empresa 11/11/11
---	---	--	--