

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



398568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 11/09/11 10:12:01	4-Data de Autorização 12/11/10 11:20:01	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969191	7-Data Validade da Serha 11/10/11 12:11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020252189003100000001011	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 SABRINA SOUSA FIGUEREDO	14-Telefone (11) 11111111	15-Data de Nascimento 09/11/1998	16-Nome do titular do plano SABRINA SOUSA FIGUEREDO	17-Data Validade do plano	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	19-Número no CRQ 458	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-UF AP	22-UF AP	23-UF AP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17551567666215	22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Número no CRQ 458	24-UF AP	25-Código CNES	26-UF AP
26-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU	27-Número no CRQ 458	28-UF AP	29-Código CBO S	30-UF AP	31-UF AP
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cla
1-0018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OMD	1	1	1
2-001810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1
3-001810004211	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1
4-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1
5-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1
6-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1
7-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1
8-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 11:20					
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-Tipo de Faturamento US 1-1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ 1294,00					
48-Valor Total R\$ 1294,00					
49-Valor Total R\$ 1294,00					

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(ram) 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
10/11/11 11:20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/10 11:20 Sabrina Sousa

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11

Figueredo