



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



663573
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8947352	7-Data Validade da Guia 11/08/2011
------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202540986501000102	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 MARCUS VINICIUS DA SILVA	03/08/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAQUEL CABRAL DE ARAUJO SILVA
-------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA	18-Número no CRO 73084	19-UF SP	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111978372809	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	23-Número no CRO 73084	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000405	26-Código CBO S
25-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	27-Número no CRO 73084	28-UF SP	29-Código CBO S							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Guisa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/08/2011		maicon
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/2011												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 178,00												
47-Valor Total R\$ 10,606												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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 este 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 11/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2011	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/08/2011
---	---	---	---

Redentora - GPR 1515-710
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP