



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/2101	4-Data de Autorização 13/01/11 01/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8010993	7-Data Validade da Senha 12/7/10 11/211
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

408498
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 010120121532691080101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JHONATAN FELIPE MEDEIROS DA SILVA	03/02/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TIFANY ANTONIO GONCALVES
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	18-Numero no CRO 96982	19-UF SP	20-Código CBO S *	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 135130147101081211	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	23-Numero no CRO 96982	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO		27-Numero no CRO 96982	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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	010108110101003101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13410101	01010101		1	20/10/12		Jhonatan F. Medeiros
2.	010108511010210101	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8810101	01010101		1	30/11/12		Jhonatan F. Medeiros
3.	010108511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6110101	01010101		1	30/11/12		Jhonatan F. Medeiros
4.	010108511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6110101	01010101		1	30/11/12		Jhonatan F. Medeiros
5.	010108511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6110101	01010101		1	30/11/12		Jhonatan F. Medeiros
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3101510101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 01/2101	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/10 11/2101 Jhonatan F.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---