



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



405842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 10:12:01	4-Data de Autorização 11/2/11 11:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999616	7-Data Validade da Senha 12/5/11 01:12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025316187000001011	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
PAULO ROGERIO DOS SANTOS

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
PAULO ROGERIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
115618191451807111 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI | 23-Número no CRO 55535 | 24-UF SP | 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100218 |

26-Nome do Profissional Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 | 28-UF SP | 29-Código CBO S |

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glória	42- Assinatura
1-000	10020218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	DVM	11	122,00	0,00		11/11/11	20		
2-000	10020218	RESTAURAÇÃO RESINA	33	MV	11	88,00	0,00		11/11/11	20		
3-000	10020226	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OVD	11	122,00	0,00		11/11/11	20		
4-000	10020218	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DVM	11	122,00	0,00		11/11/11	20		
5-000	10020218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DVM	11	122,00	0,00		11/11/11	20		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 576,00	47-Total Quantidade R\$ 2102225/0001-84
--	--	---	----------------------------------	--

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 obrigações do profissional assistente, pagar, 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 assistente, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: *[Assinatura]* Assinatura do Cirurgião-Dentista: *[Assinatura]* Assinatura do Beneficiário / Responsável: *[Assinatura]*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2013	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 18/11/2013
---	---	---	--