



Impressão para o(a) dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



430143
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 12/09/11	4- Data de Autuação 13/10/11	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8099475	7- Data Validade da Série 12/17/10
---------------------------	--	---------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

8- Número da Carteira 10101210215131813121810101010110131	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 KAUA HERMINIO LOPES DA COSTA	21/04/2008	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano RITA DE CÁSSIA LOPES DA SILVA
--	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16- Atendimento a RV N	17- Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 131916181614161181510111	22- Nome do Contratado Exatante LARA SILVA MILANEZ
25- Nome do Profissional Exatante LARA SILVA MILANEZ	23- Número no CRO 137478
	24- UF SP
	25- Código CAES
	26- Número no CRO 137478
	27- UF SP
	28- Código CBO S

30- Tabela 1 0 1 0 1 8 1 1 0 1 0 0 0 1 6 5	31- Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Oclusão	42- Assinatura
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Fractura 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 3 4 1 0 1 0	47- Valor Total R\$ 10,1010	48- Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--	--------------------------------	--

49- Observação	
Decisão, 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 no contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os v. referidos ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 20/11/11 R. O. João Manoel Mendes 13101111111111111111	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista CRO/SP 137478
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/11/11 R. O. Rita de Cassia	53- Data, local e Cópia da Empresa 11/11/11

Dra. Lara Silva Milanez
Cirurgiã Dentista