

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 11/12/12	4-Data de Autorização 11/08/10 11/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9477359	7-Data Validade da Senha 11/08/10 11/12/12	842764 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10102102537545400000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome CAROLINE RIZZI PAULINO		14-Telefone (11) 11111111	

15-Nome do titular do plano CAROLINE RIZZI PAULINO		16-Atendimento a RN RICARDO FERRARES		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
---	--	---	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1131292403839111		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

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 Glosa 42-Assinatura	
-----------	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------	--	---------	--	--------	--	------------------	--	----------	--	---------------------------------	--	--------	--	-----------------------	--	----------------------------------	--

1-10108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6110001830	0110112121	S	2111011212	1212	1212
2-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
3-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
4-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
5-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
6-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
7-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
8-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
9-0108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
10108151001961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6110001	0110112121	S	2111011212	1212	1212
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 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 611010101	47-Valor Total R\$ 143.00	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 12/12/10 11/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/10 11/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/10 11/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa RICARDO FERRARES CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320
--	--	--	--