



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



350590
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 08/12/01	4-Data de Autorização 11/01/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7756539	7-Data Validade da Senha 10/2/11/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025303114000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CICERA MIRANDA DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CICERA MIRANDA DOS SANTOS
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LEITAO GOMES SA	18-Número no CRO 811	19-UF TO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108824474756	22-Nome do Contratado Executante RENATA LEITAO GOMES SA	23-Número no CRO 811	24-UF TO	25-Código CMES
---	--	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RENATA LEITAO GOMES SA	27-Número no CRO 811	28-UF TO	29-Código CBO S
--	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	1	73,00	0,00	0,00	5110	08/12/01	X	RENATA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Agendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/08/12/01 RENATA LEITAO GOMES SA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08/12/01 CICERA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

Renata Leitão Gomes SA
Cirurgiã - Dentista
CRO-TO 811