

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



400440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7977361 7-Data Validade da Sentia 11/01/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025318103201010101103 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 ALLAN DAVID XAVIER 20/04/2005 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano SIDINEIA MARIA DE LIMA IENDRAICAK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9127190741004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Valor RS 31-Franquia/Co-participação R\$ 32-Valor Faturar Empresa 025 - 33-Franquia/Co-participação R\$ 34-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rojão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	348				1	1267,10	10		11/10/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/10 44-Tipo de Atendimento 2 45-Tipo de Faturamento 1 46-Total Quantidade US 1267,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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) 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.

48-Observação

Reaproveitamento de dentes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/10 ELISANGELA D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/10 ELISANGELA D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/10 SÍDINEIA MARIA DE LIMA IENDRAICAK 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Doutor

Doutor