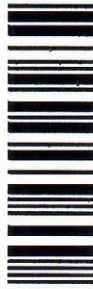




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

409810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2011	4-Data de Autorização 03/11/2011	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 409810	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000210253267440000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 03/11/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA DOS SANTOS	14-Telefone () 07/09/1982	15-Nome do titular do plano EVANILDE DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418153677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400		000	N	03/11/20	Sassane
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

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. Dedo, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------