

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 2/12/11	4-Data de Autorização 12/3/10 2/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8321935	7-Data Validade da Série 12/4/10 5/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

483118
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010210125354527010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/4/10 5/12/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome ELLEN MIRANDA DE OLIVEIRA		14-1/1/1986		15-Nome do titular do Plano ELLEN MIRANDA DE OLIVEIRA	
16-Acreditamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		18-Número no CRO 55391	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070412680011		22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		23-Número no CRO 55391	
26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		27-Número no CRO 55391		28-UF SP	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Código CBO S SP		25-Código CNEC SP	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	161,00	10,00	10,00	10/05/11	Ellen	
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	10,00	10,00	10/05/11	Ellen	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 04/10/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/05/11
--	--	--	--

54-Data local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato
10/05/11

Declaro, que após ter sido devidamente assestado 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(ram) 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
860002

54-Data local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato
10/05/11