



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

311095
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/11 01/05/11 20	4-Data de Autorização 01/09/11 01/05/11 20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7547380	7-Data Validade da Guia 01/04/11 01/08/11 20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 010120252791730000010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ISABELY EDUARDA VIEIRA SANTOS		14-Telefone (11) 2111615008	15-Nome do titular do plano CAMILA DA SILVA VIEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 315526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RIS (1) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO 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
1-01018101000310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/06/11 01/05/11 20		<i>Aluiz</i>
2-01018101000421		RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			01/06/11 01/05/11 20		<i>Aluiz</i>
3-01018101000218		RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMP	1	12,00	0,00			01/06/11 01/05/11 20		<i>Aluiz</i>
4- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
5- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
6- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
7- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
8- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
9- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
10- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
11- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
12- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
13- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
14- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
15- / / / / / / / /										/ / / / / / / /		
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/06/11 01/05/11 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 170,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
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(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 Rx com sensor digital - imagem amarela no postal												
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 01/06/11 01/05/11 20 Mariana Giordano Panico												
51-Data, local e Assinatura do Profissional 01/06/11 01/05/11 20 Mariana Giordano Panico Cirurgia - Dentista CRO-SP 123201												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/11 01/05/11 20												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / / / /												