

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/06/10 6/12/13 4-Data de Autorização 10/06/10 6/12/13 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11303428 7-Data Vencida da Santa 10/14/10 9/12/13

1480981
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/10 12/15/17 15/12/13 10/010/10 11/01/11 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JAILSON VIEIRA DA SILVA 11/07/1969 14-Tributação 15-Nome do Titular do Plano JAILSON VIEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Almofenimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS 18-Número no CRO 140453 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código no Operatório / CNPJ / CPE 91140514 10/010/10 11/01/11 22-Nome do Contratado Encarregado SOMANDO SORRISOS ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 140453 24-UF SP 25-Código CNES 4103335 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Encarregado CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Estado	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aud	40-Data de Realização	41-Máximo da Cota	42-Autorização
1-	10 018 51 00 119 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	16	1,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
2-	10 018 51 00 119 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6	1,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												
21-												
22-												
23-												
24-												
25-												
26-												
27-												
28-												
29-												
30-												
31-												
32-												
33-												
34-												
35-												
36-												
37-												
38-												
39-												
40-												
41-												
42-												
43-												
44-												
45-												
46-												
47-												
48-												
49-												
50-												
51-												
52-												
53-												
54-												
55-												
56-												
57-												
58-												
59-												
60-												
61-												
62-												
63-												
64-												
65-												
66-												
67-												
68-												
69-												
70-												
71-												
72-												
73-												
74-												
75-												
76-												
77-												
78-												
79-												
80-												
81-												
82-												
83-												
84-												
85-												
86-												
87-												
88-												
89-												
90-												
91-												
92-												
93-												
94-												
95-												
96-												
97-												
98-												
99-												
100-												

43-Dados Previstos Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 112121010 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 ancor 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 prestadora a pagar em meu nome e por meus contos, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a ancor com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50-Dados Local e Assinatura do Dono/Operador da Sociedade 51-Dados Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados Local e Assinatura da Empresa

Via: Cauane Ruvo Egidio dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.453