



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/04/2012	4-Data de Autorização 05/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7534252	7-Data Validade da Senha 27/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252941960000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA FERREIRA DE SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRISCILA FERREIRA DE SANTANA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI		18-Número no CRO 107882	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22351110846	22-Nome do Contratado Executante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI		23-Número no CRO 107882	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI		27-Número no CRO 107882	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00			05/05/2012		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DV	1	88,00	0,00			05/05/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/05/2012	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 no 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.					

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/05/2012 GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/2012 GISELA C	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/2012 Priscila Ferreira de Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/05/2012 BOCA DO DENTISTA INTEGRADA S/A 04.896.785/0001-88 CEU ODONTOLOGIA
--	--	--	---