

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1829494
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
2 5 / 0 6 / 1 2 4

6-Número da Guia Principal
12310798

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 8 / 0 3 / 1 2 4

3-Data de Emissão da Guia
2 7 / 1 0 / 3 / 1 2 4

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1 0 0 2 0 2 5 1 1 0 5 5 1 8 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROBERTA APARECIDA SANTOS

06/05/1971

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
ROBERTA APARECIDA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA

18-Número no CRO
134740

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13 8 3 3 7 5 4 4 0 0 0 1 1 6

22-Nome do Contratado Executante
CLINICA ODONTOLÓGICA & ESTÉTICA OSB

23-Número no CRO
134740

24-UF
SP

25-Código CNES
0519030

26-Nome do Profissional Executante
EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA

27-Número no CRO
134740

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teclata	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	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
1-0	0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3 4 0 0	0 0 0 0			02/04/2014	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
/ /	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	3 4 0 0		0 0 0 0						

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, compreendendo-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/10/2013 14h Evania Rodrigues

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/2013 14h Evania Rodrigues

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/2013 14h Roberta Santos

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/2013 14h

Clinica Odontológica &
Estética OSB Sociedade
Unipessoal Ltda
CNPJ: 38.337.544/0001-16