



imagem OK

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2015	4-Data de Autorização 12/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7601327	7-Data Validade da Senha 12/07/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020225269006000001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/16	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSIMERE ROSA DA SILVA	31/12/1969	14-Telefone (11) 63391410	15-Nome do titular do plano ROSIMERE ROSA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Arrendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 120168278839	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA	27-Número no CNO 82700
	28-UF SP
	29-Código CBO S
	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-36
	20-Código CBO S
	24-UF SP
	18-Número no CNO 82700
	19-UF SP
	025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Índice 31-Código do Procedimento 10085200158	32-Descrição TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33-Dente/Região 36	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 53300	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ S 19,05	39-Ant 05/20	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término 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 533300	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 em 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
Imagem enviada por email, pois não consigo tomar imagens.

50-Data Local e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 12/09/2015	51-Data Local e Assinatura do Grupo Dentista 12/09/2015	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2015	53-Data Local e Campo da Empresa 12/09/2015
--	--	--	--

Clinica Odontológica Pólar Ltda
CNPJ: 23.048.918/0001-06