

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 408414	3-Dia de Emissão da Guia 10/3/10 2/12/11	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Santa PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 468962	7-Data Validação de Santa 10/4/10 5/12/11
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

468962
INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário GISELENE COSTA PEREIRA	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Central 11/11/11	12-Número de Centro Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 20/12/1972	14-Tipo de Dente ()	15-Data Validação da Central 11/11/11	16-Data de Realização 11/11/11
17-Local de Atendimento a RN JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 114176	19-UF SP	20-Código CBO S 0241
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 1311913192318854	22-Nome do Contratado Exequente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 114176	24-Código CNES SP
25-Local de Atendimento Profissional Exequente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	26-Número no CRO 114176	27-UF SP	28-Código CBO S SP

30-Fluxo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frango/Co-participação R\$	39-At	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	11,00	0,00				
2	010	853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00				
3	010	853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00				
4	010	853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00				
5	010	853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	3,60	0,00				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 205,10	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frangível Co-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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (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 Cliente / Beneficiário 11/11/11 C. PAULO AVILA DE OLIVEIRA	51-Data, local e Assinatura do Contratado Exequente 11/11/11 JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11 GISELENE COSTA PEREIRA	53-Data, local e Cambio da Empresa
--	--	--	------------------------------------