

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2^{AN}

304378
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2013 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7497398	7-Data Validade da Senha 12/06/2013 12:01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/05/1975	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome APARECIDA SUNTAK DANIEL		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano APARECIDA SUNTAK DANIEL	
------------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1215315107408713	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO
---	---

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	27-Número no CRO 76750	28-UF SP
---	---------------------------	-------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/05/2013	Expendido
2-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/05/2013	Expendido
3-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/05/2013	Expendido
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/05/2014	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 118,30	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	---

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

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

02/05/2014

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/05/2014

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/05/2014

53-Data, Local e Assinatura da Empresa/Operadora

02/05/2014

Dr. Flavia Anita Giraldi Cavaleiro