

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



425544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/12/01	5-Justificativa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080857	7-Data Validade da Sanha 12/11/01 12/12/11
--------------------------	---	-------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102021533644700000010101	10-1-empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA RAFAELA BARBOSA DA SILVA	14-1-telefone (111) 1111111111	15-Nome do titular do plano BRUNA RAFAELA BARBOSA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	25-UF PE	26-Código CNES 025 - Faturar Empresa	27-UF PE	28-UF PE	29-Código CBO S 11569	30-Código CBO S 11569	31-UF PE	32-UF PE	33-UF PE	34-UF PE	35-UF PE	36-UF PE	37-UF PE	38-UF PE	39-UF PE	40-UF PE	41-UF PE	42-UF PE	43-UF PE	44-UF PE	45-UF PE	46-UF PE	47-UF PE	48-UF PE	49-UF PE	50-UF PE	51-UF PE	52-UF PE	53-UF PE	54-UF PE	55-UF PE	56-UF PE	57-UF PE	58-UF PE	59-UF PE	60-UF PE	61-UF PE	62-UF PE	63-UF PE	64-UF PE	65-UF PE	66-UF PE	67-UF PE	68-UF PE	69-UF PE	70-UF PE	71-UF PE	72-UF PE	73-UF PE	74-UF PE	75-UF PE	76-UF PE	77-UF PE	78-UF PE	79-UF PE	80-UF PE	81-UF PE	82-UF PE	83-UF PE	84-UF PE	85-UF PE	86-UF PE	87-UF PE	88-UF PE	89-UF PE	90-UF PE	91-UF PE	92-UF PE	93-UF PE	94-UF PE	95-UF PE	96-UF PE	97-UF PE	98-UF PE	99-UF PE	100-UF PE
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	---	-------------	-------------	--------------------------	--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010185100196	1	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
2-010185100196	2	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
3-010185100196	3	EXODONTIA DE RAIZ	36	O	1	73,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
4-010185100196	4	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
5-010185100200	5	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
6-010185100200	6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	1	88,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
7-010185100196	7	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
8-010185100196	8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
9-010185100196	9	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
10-010185100196	10	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
11-010185100218	11	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	122,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
12-010185100218	12	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00	0,00	1	30/11/11	Bruma	
13-010185100218	13	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-010185100218	14	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-010185100218	15	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 920,00	47-Valor Total RS 37831,65	48-Total Franquia / Co-participação RS 0,00
--	--	---	----------------------------------	-------------------------------	--

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 custear o tratamento, incluindo os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 dentista, o valor do documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/11/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/11/11/2011
--	--	--	---

Av. Barreto de Menezes Nº 420 A
Jaboatão dos Guararapes-PE

CNPJ: 54.310.310

Jaboatão dos Guararapes-PE