



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

451746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/10 11/2/11	4-Data de Autorização 11/9/10 11/2/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 451746	7-Data Validade da Guia 11/2/10 11/2/11
8-Número da Carteira 0002025343056000001011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/2/10 11/2/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome THIAGO TEIXEIRA DE MORAES					
14-Telefone 30/10/1985					
15-Nome do titular do plano THIAGO TEIXEIRA DE MORAES					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR					
18-Número no CRO 30136					
19-UF SP					
20-Código CBO S 10					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0044507511809					
22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO					
23-Número no CRO 30136					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO					
27-Número no CRO 30136					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Fratura/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSP	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
6	00815400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO		27	1	154,00	0,00	0,00	0,00	11/9/10 11/2/11		
7										11/9/10 11/2/11		
8										11/9/10 11/2/11		
9										11/9/10 11/2/11		
10										11/9/10 11/2/11		
11										11/9/10 11/2/11		
12										11/9/10 11/2/11		
13										11/9/10 11/2/11		
14										11/9/10 11/2/11		
15										11/9/10 11/2/11		

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/2/11	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 224,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 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 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 11/9/10 11/2/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/9/10 11/2/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/9/10 11/2/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/2/11
--	--	--	--