

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



359140
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/08/10	4-Data de Autorização 12/10/18	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7797564	7-Data Validade de Serinha 11/06/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira 101012102530718154000101011013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	--

12-Nome NATHIELY THAINY VAZ DOS SANTOS	13-Data Validade de Serinha 11/06/11	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CLEONICE VAZ DOS SANTOS
---	---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311131571412181511111	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00	0,00	1	21/06/2012	21/06/2012	21/06/2012
2-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00	0,00	1	21/06/2012	21/06/2012	21/06/2012
3-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00	0,00	1	21/06/2012	21/06/2012	21/06/2012
4-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,00	0,00	1	21/06/2012	21/06/2012	21/06/2012
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 1144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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 Solicitante 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012
---	---	---	---