

Leia atentamente para você sorrir!

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 10/12/13	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 11749853	7-Data Validade da Senha 10/12/10 11/12/14	1637381 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025569685000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISABETE MARIA DOS SANTOS		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ELISABETE MARIA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA	18-Número no CRO 134645	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42425535000154	22-Nome do Contratado Executante BEO - BEM ESTAR ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 134645	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA	27-Número no CRO 134645	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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	1	1	61,00	0,00	0,00	13/01/13	13/01/13	
2	000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	1	1	61,00	0,00	0,00	13/01/13	13/01/13	
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / 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), folioforam 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/13 Estefania	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/13 Estefania	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/13	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/13
---	---	---	---

Dr. Estefânia Guntzel
Cirurgião Dentista
CRO SP 134645