

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



545760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2015	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 545760	7-Data Validade da Senha 10/06/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020253573910000001011	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 JOSE CARLOS HENRIQUE MONTEIRO		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS HENRIQUE MONTEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELE CAMARGO REIS	18-Número no CRO 134773	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13510164918143	22-Nome do Contratado Executante GRAZIELE CAMARGO REIS	23-Número no CRO 134773	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELE CAMARGO REIS	27-Número no CRO 134773	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	
1-00181100049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N				
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		34,00		0,00		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 10/08/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11
Assinatura do Paciente na Guia 529506. Dra. Grazielle Camargo Reis Cirurgião Dentista CRO-SP 134 773			