

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

367485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 11:20	4-Data de Autorização 10/11/09 11:20	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837344	7-Data Validade da Guia 13/01/11 11:20
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012531203700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JESSICA GOMES DE ANDRADE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JESSICA GOMES DE ANDRADE
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO AGRICIO GONCALVES SILVA	18-Número no CRO 47764	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09233503810	22-Nome do Contratado / Executante ROBERTO AGRICIO GONCALVES SILVA	23-Número no CRO 47764	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO AGRICIO GONCALVES SILVA	27-Número no CRO 47764	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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	00820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/09	120210	g.
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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 11/11/09 11:20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09 11:20 +g.	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/09 11:20
---	---	--

Odontus Serviços Odontológicos Ltda.