

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 11/01/2011 3-Data de Autuação 17/01/2011 4-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8299917 7-Data Validade da Série 16/01/2011 477176

Dados do Beneficiário 8-Nome da Carteira 10/02/02/534903500001001033 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EVELYN ROSA DE OLIVEIRA 31/10/2006 14-Relatório () 15-Nome do titular do plano JESSIKA OLIVEIRA ROSA

Dados do Contratado Racionalizado pelo Tratamento 16-Endereço a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULINO DOS SANTOS 18-Número no CRO 94633 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / OEP / OEP 321211620031815 22-Nome do Contratado Erecutante PAULINO DOS SANTOS 23-Número no CRO 94633 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Erecutante PAULINO DOS SANTOS 27-Número no CRO 94633 28-UF SP 29-Código CBO B 30-Franchise/Co-participação R\$ 35-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda de Obra 42-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda de Obra	42-
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			23/01/2011	R\$	
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				13,50	0,00			23/01/2011	R\$	
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				13,50	0,00			23/01/2011	R\$	
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				13,50	0,00			23/01/2011	R\$	
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				13,50	0,00			23/01/2011	R\$	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Valor Total do Tratamento 146,00 44-Tipo de Tratamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchise / Co-participação

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos contratuais. Declaram, ainda que a(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Contratado Erecutante 53-Data, local e Assinatura da Empresa