



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



RESEARCH DESIGN

406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/10 2 1/2 1	4-Data de Autorização 10/9/10 2 1/2 1	S-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8274695	7-Data Validade da Senha 10/6/10 5 1/2 1
--------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

13- Nome BRUNO TONAIZER MARQUES		14- Telefone ()		15- Nome do titular do plano BRUNO TONAIZER MARQUES	
12- Número do Cartão Nacional de Saúde		11- Data Validade de Carteira 		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
9- Plano POS REDE PRESTADORA		8- Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 3 3 1 1 0 0 0 0 1 0 1		7- Nome do beneficiário BRUNO TONAIZER MARQUES	
6- Data de Nascimento 		5- Sexo M F		4- Data de Emissão 	
3- Data de Cadastro 		2- Nome do Beneficiário BRUNO TONAIZER MARQUES		1- Nome do Segurado BRUNO TONAIZER MARQUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Esvoltuária	RS	04
8 1 4 1 1 2 4 3 5 8 7		FLAVIA VILLELA LAURINDO		RS	25-Código CNES
23-Nome do Profissional Esvoltuária		24-Número no CRO	25-UF	26-Código CBO S	27-Número no CRO
FLAVIA VILLELA LAURINDO		19924	RS	05	19924

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

ANO DE TRATAMENTO / T- Tratamento Odonológico														Assinatura								
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-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênesis 42-Assinatura											
1-1-0	0	8	5	2	0	0	1	4	0		TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	3	3	3	0	0	0	Sil	09/01/2012	[Signature]
2-2-0	0	8	5	2	0	0	1	4	0		TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	3	3	3	0	0	0	Sil	09/01/2012	[Signature]
3-																						
4-																						
5-																						
6-																						
7-																						
8-																						
9-																						
10-																						
11-																						
12-																						
13-																						
14-																						
15-																						

43-Data Prevista Término do Tratamento
[Handwritten Date]

44-Tipo de Alinhamento
1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
[Sum of Qtd * US]

47-Valor Total R\$
[Sum of Valor]

48-Total Franquia / Co-participação R\$
[Sum of Franquia]

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (colocar o nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores em reais) R\$ _____, para a realização do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19. Chenardo

51 - Data, local e Assinatura do Solicitante
17/01/2010
Flávia Vitorino
19824

52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/01/2010
Flávia Vitorino

53 - Data, local e Carimbo da Empresa
____/____/____