

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/09 12:11	4-Data de Autorização 10/08/10 09:12:11	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9020414	7-Data Validade da Guia 10/11/12 12:11
--------------------------	---	--	---------------------------------	---------------------------------------	---

691117
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020254147890000101010102	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 HELIANA NOGUEIRA DE SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABRICIO LELLI DE NORONHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136090230820	22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS
26-Nome do Profissional Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS	27-Número no CRO 114702
28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fio	35- Cnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-00	0810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,00		S	09/11		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,10	0,00		S	09/11		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,10	0,00		S	09/11		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,10	0,00		S	09/11		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,10	0,00		S	09/11		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

CLEAN ODONTO
RUA: CAQUITO, 57
TEL.: 3473-0655

43-Data Paciente 10/08/10	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1178,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
------------------------------	---	--	-------------------------------------	-----------------------------	---

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 assinando(s), (foram realizados) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra Vanessa Martins
Cirurgiã Dentista
CRO SP 114702

Dra Vanessa Martins
Cirurgiã Dentista
CRO SP 114702

Dra Vanessa Martins
Cirurgiã Dentista
CRO SP 114702

50-Dente Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO SP 114702	51-Dente Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO SP 114702	52-Dente Total e Assinatura do Especialista / Responsável CRO SP 114702	53-Dente Total e Assinatura da Empresa CRO SP 114702
--	--	--	---