

486545
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/7/10 5/12/11

12-Número do Cartão Nacional

no
DA SILVA

025 -
Faturar Empresa

[illegible]

100

[illegible]

26

S 26

[illegible]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

--

OdontoLife®						GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO											
1-Registro ANS 406414			3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012			5-Sentença AUTORIZADO			6-Número da Guia Principal 8338201								
Dados do Beneficiário												11-Data Validade da Cartão 11/11					
8-Número da Carteira 000201253511737000001021												15-Nome do titular do plano LEILA MARKS					
13-Nome JACI PEREIRA DA SILVA												20-Código CBO S 22274					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												19-JUF RS					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA				23-Número no CRO 22274		24-JUF RS		25-Código CNES		28-JUF RS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00221478215211		22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA				27-Número no CRO 22274		28-JUF RS		29-Código CBO S		38-Franquia/C					
26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA												37-Valor					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												35-Qtd					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Région		34-Face		36-Quantidade US							
1-00085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		H ASD		1		36,00		0,00					
2-00085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		H ASE		1		36,00		0,00					
3-00085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		H AID		1		36,00		0,00					
4-00085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		H AIE		1		36,00		0,00					
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11				44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 144,00					
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 ao contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome 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 Solícitante 11/11/11				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012 x									

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

478387
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/05/12 11

6-Número da Guia Principal
8303687

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/02/12 11

3-Data de Emissão da Guia
11/02/12 11

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
10121021535475121000101021

15-Nome do titular do plano
ANDREIA ROSA VIANA

14-Telefone
(11) 11111111

04/02/1970

13-Nome
EUGENIO BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BRUNA BARNARD MOTTA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1022147812052111

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

26-Nome do Profissional Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

025 -

Faturar Empresa

19-UF
RS

18-Número no CRO
22274

25-Código CNES

24-UF
RS

23-Número no CRO
22274

29-Código CBO S

28-UF
RS

27-Número no CRO
22274

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento									
1-01018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	0	0	0	11/02/12	CP
2-01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0	0	0	11/02/12	K
3-01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0	0	0	11/02/12	K
4-01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0	0	0	11/02/12	K
5-01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0	0	0	11/02/12	K
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Previsão 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	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	11781010	11781010	11781010

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 no 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	11/02/12	11/02/12 + EUGENIO BORGES	11/11/11

