

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

361179
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/11/11 11/12/10

6-Número da Guia Principal
7807177

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/3/10 9/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/1/10 8/1/12/10

2-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202531112177000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA JULIA SANSIVERINATO PINHEIRO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ANA JULIA SANSIVERINATO PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES

18-Número no CRO
25066

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10144917152519137111

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES

23-Número no CRO
25066

24-UF
PR

25-Código CNES
25066

26-Nome do Profissional Executante
BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES

27-Número no CRO
25066

28-UF
PR

29-Código CBO S
25066

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010181100006151		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		11/03/10 9/12/10	Amg S. Pinheiro
2-010181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		11/03/10 9/12/10	Amg S. Pinheiro
3-010181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		11/03/10 9/12/10	Amg S. Pinheiro
4-010181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		11/03/10 9/12/10	Amg S. Pinheiro
5-010181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		11/03/10 9/12/10	Amg S. Pinheiro
6-11111111111111111111											
7-11111111111111111111											
8-11111111111111111111											
9-11111111111111111111											
10-11111111111111111111											
11-11111111111111111111											
12-11111111111111111111											
13-11111111111111111111											
14-11111111111111111111											
15-11111111111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11178,00	47-Valor Total R\$ 11178,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 11178,00
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 11/11/11

Dra. Bruna Badan Rodrigues
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 25066