

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/12/01	4-Data de Autorização 11/06/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7575567	7-Data Validade de Sonho 11/08/12/01
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 101020125129117219101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DANIELA CARDOSO DE OLIVEIRA ALVES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DANIELA CARDOSO DE OLIVEIRA ALVES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113574218151111	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-34
---	---	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	10	8	5	2	0	0	1	6	6			
2-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
3-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
4-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
5-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
6-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
7-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
8-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
9-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
10-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
11-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
12-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
13-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
14-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
15-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

43-Data Previsto 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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	12581010	01010	1111

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

Re via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/16/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/12/01
---	--	--	--

Drª Gisele Cristina Kimura IUASSACA
Cirurgiã Dentista
CR0887122986