

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



978805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 15/12/12	4-Data de Autorização 11/11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 978805	7-Data Validade da Sanha 11/10/10 18/12/12
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202153648730000101011012	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 FERNANDO HENRIQUE DA SILVA	12/10/1992	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano ADJARA DE MORAIS GONCALVES
---------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1158234568671	22-Nome do Contratado Exercente VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exercente VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	27-Número no CRO 73946	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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	81000057										
2- 0	0	85200034										
3- 0	0											
4- 0	0											
5- 0	0											
6- 0	0											
7- 0	0											
8- 0	0											
9- 0	0											
10- 0	0											
11- 0	0											
12- 0	0											
13- 0	0											
14- 0	0											
15- 0	0											

43-Data Previsto 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 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/12/10 15/12/12 Vivian Carla C. Neiva Cirurgião-Dentista CRO-SP 78936 Estética Orofacial	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 15/12/12 X Adm. Uda Sil	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--