



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 N°



434199
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 10/03/11 12/12/10	4. Data de Autorização 11/11/11 12/12/10	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8116530	7. Data Validade da Sentença 10/03/11 03/12/11
8. Número da Carteira 10/02/10 12/15/13		9. Plano POS REDE PRESTADORA		10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11
12. Nome RITA DE CASSIA LOPES DA SILVA		13. Data de Emissão 02/01/1990		14. Telefone () - - - - -	
15. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N		16. Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ		17. Número do CBO 137478	18. UF SP
19. Código na Carteira / CNPJ / CPF 13/9/6/8/6/4/6/1/8/5/0		20. Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ		21. Número no CBO 137478	22. UF SP
23. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ		24. Número no CBO 137478		25. Código CBO S 025 -	26. Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fone	35. Qnt
1	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	13 5 10 10
2	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	13 5 10 10
3	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	13 5 10 10
4	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	13 5 10 10
5	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
6	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
7	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
8	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
9	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
10	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
11	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
12	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
13	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
14	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
15	0 0 0 1 8 4 0 0 0 1 1 9 8				
36. Data Prevista Término do Tratamento					
37. Tipo de Atendimento					
38. Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência					
39. Tipo de Faturamento					
40. Total 2 Parcela					
41. Total Quantidade US					
42. Valor Total R\$					
43. Total Franquia Co-participação R\$					
44. 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) por mim assumido(s), (autorizo 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 v. referências ao tratamento realizado, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45. Chancelagem

Dra. Larissa Silva Milanez
Cirurgiã Dentista
50. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
03/11/11 15/11/11 São Paulo
51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
03/11/11 15/11/11 São Paulo
52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/11/11 15/11/11 Rita de Cassia
53. Data, local e Cópia da Empresa
11/11/11 11/11/11