

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



482965
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
24/10/15/12/11

9-Número da Guia Principal
8321314

15-Senha
AUTORIZADO

14-Data de Autorização
24/10/12/12/11

3-Data de Emissão da Guia
23/10/12/12/11

1-Registro AINS
406414

Dados do Beneficiário

5-Número de Carteira
00202025355010290100010102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome

LEONARDO ANTUNES MACHADO

15/05/1991

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
LILIAN LINDA MATHIAS CHAVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
Nº
INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA

18-Número no CRO
19924

19-UF
RS

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

814111243587

22-Nome do Contratado Executante

FLAVIA VILLELA LAURINDO

23-Número no CRO

19924

24-UF

RS

26-Nome do Profissional Executante

FLAVIA VILLELA LAURINDO

27-Número no CRO

19924

28-UF

RS

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-10	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	24/10/12/11	1	<i>x</i>
2-10	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	24/10/12/11	1	<i>x</i>
3-10	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	24/10/12/11	1	<i>x</i>
4-10	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	24/10/12/11	1	<i>x</i>
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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\$
24/10/12/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	0,00

Dedico, 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(ram) 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

24/10/12/11

Dra. Flavia Villela

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/10/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRORS 19924