



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1613530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10	4-Data de Autorização 12/06/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11680861	7-Data Validade da Senha 11/17/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215669595000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALAN GOMES DA SILVA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALAN GOMES DA SILVA
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averenciamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101884181511601010101010	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290 Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S (1) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clav	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,1	10,0	0,0	0	10/08/10	SUBV/05/11/03	Alan
2-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	6,1	10,0	0,0	0	10/08/10	SUBV/05/11/03	Alan
3-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	8,8	10,0	0,0	0	10/08/10	SUBV/05/11/03	Alan
4-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8,8	10,0	0,0	0	10/08/10	SUBV/05/11/03	Alan
5-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/08/10	44-Tipo de Amortamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 298,10	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 12/01/08/10 Dr. Alan CRO-BA 24085	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/08/10 Dr. Alan CRO-BA 24085	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/08/10 Alan CRO-BA 24085	53-Data local e Assinatura da Empresa 12/01/08/10 Alan CRO-BA 24085
---	---	---	--