



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

355209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2004	4-Data de Autorização 17/10/2004	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780249	7-Data Validade da Senha 10/11/2004
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530835700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIDNEI JOSE DOS SANTOS JUNIOR
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-	Faturar Empresa Enviar - RX

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	24/08/20		Carla C de Oliveira
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	24/08/20		Carla C de Oliveira
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	17/08/20		Carla C de Oliveira
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	29/09/20		Carla C de Oliveira
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/08/20		Carla C de Oliveira
6-	0085100064	FACETA DIRETA EM RESINA	12	V	1	172,00	0,00		S	20/08/20		Carla C de Oliveira
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 457,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2004	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2004	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--