

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

293831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7440921	7-Data Validade da Senha 30/05/2012
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0202025286216000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome VANUSA BRAGA DA SILVA		14-Teléfono () / /	15-Nome do titular do plano VANUSA BRAGA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	18-Número no CRO 118776	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-46
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3952070846	22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	23-Número no CRO 118776	24-UF SP		
26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número no CRO 118776	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	46	1	3400	01	0,00	0,00	0,00	03/12/2011		
2-00085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	5330	01	0,00	0,00	0,00	03/12/2011		
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	6100	01	0,00	0,00	0,00	03/12/2011		
4-											
5-											
6-											
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 628,00	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), 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

Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves
CRO-SP-CD-118776

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 VANUSA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/01/2012 REBECA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012
--	---	---