



2-Nº



025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-0 0 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00		0,00		15/08/2011		[Assinatura]		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-1	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1-1	46-Total Quantidade US 34,00	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) acima, e por mim assinado(s), (co)firmado(s) 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 devidos pelo tratamento, compreendendo(a) o(s) custo(s) conforme previsto em contrato.

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

transmitida para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/05	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8569762	7-Data Validade da Sineta 08/08/12	546572 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 000202025372212000000010101					
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 LUCIANA CASSIANO SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano LUCIANA CASSIANO SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1415175140781870111					
22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES					
23-Número no CRO 137861					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES					
27-Número no CRO 137861					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Tabella 31-Código do Procedimento 100085120001581					
32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO					
33-Dentista/Régula 17					
34-Face 16					
35-Qtde 1					
36-Quantidade US 533100					
37-Valor 0100					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0100					
40-Data de Realização 12/10/12					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x Luciana					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/12					
44-Tipo de Atendimento 11111111					
45-Tipo de Fraturamento 11111111					
46-Total Quantidade US 11061010					
47-Valor Total R\$ 101010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010					

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 11/12/10 16/12/11 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 16/12/11 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 16/12/11 x Luciana C. Silva	53-Data, local e Câmbio de Empresa 11/11/11
---	---	---	--