

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

419075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053842	7-Data Validade da Senha 11/12/10 12/12/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253498600001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome THULYO PINHEIRO DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano THULYO PINHEIRO DA SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	25-Código CNES PE	24-UF PE	28-UF PE	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12541089948105	22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	27-Número no CRO 11569						
26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS									

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-Molho da Glosa 42-Assinatura
1-01081100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	11	34,00	0,00		16/11/2011	16/11/2011
2-01081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	11	36,00	0,00		16/11/2011	16/11/2011
3-01081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	11	36,00	0,00		16/11/2011	16/11/2011
4-01081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	11	36,00	0,00		16/11/2011	16/11/2011
5-01081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	11	36,00	0,00		16/11/2011	16/11/2011
6-01081530000471											
7-01081530000471											
8-01081530000471											
9-01081530000471											
10-01081530000471											
11-01081530000471											
12-01081530000471											
13-01081530000471											
14-01081530000471											
15-01081530000471											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	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 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 o valor devido nesse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/11, 11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/11, 11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/11, 11/11/2011	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/11, 11/11/2011
---	---	---	---

Przeres - CEP: 54-310-310

Jaboatão dos Guararapes-PE