

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/04 4-Data de Autorização 11/11/04 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9785989 7-Data Validade da Serinha 11/01/07 941828 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202546614800000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PAULO CESAR FERREIRA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano PAULO CESAR FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN RADIOLOGIA PANORAMICA 17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA 18-Número no CRO 73084 19-UF SP 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1119778372809 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 23-Número no CRO 73084 24-UF SP 25-Código CNES (I) 81000405 26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 27-Número no CRO 73084 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

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-	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00	0,00		S	14/04/2011		Paula
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/04/2011 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 10.695,38 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 arcar com os custos previstos no 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/04/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/04/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/04/2011 Paulo Cesar Ferreira 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/04/2011 Redentora - CEP: 15015-790 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.