

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



434280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 4-Data de Autorização 10/06/11 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8116732 7-Data Validade da Guia 10/04/11 8-Data Validade da Guia 10/04/11

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-Plano

LIDIANE CRISTINA PEREIRA

05/10/1978

14-Telefone

15-Nome do titular do plano LIDIANE CRISTINA PEREIRA

16-Data de Certificação Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Societário N NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

18-Número no CRO 137593

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14/06/30/30/46/81/91/11

22-Nome do Contratado Encarregado NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

23-Número no CRO 137593

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Encarregado NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

27-Número no CRO 137593

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1	00	08	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3	6	10	0			Lidiane
2	10	08	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3	6	10	0			Lidiane
3	10	08	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3	6	10	0			Lidiane
4	10	08	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3	6	10	0			Lidiane
5	1											
6	1											
7	1											
8	1											
9	1											
10	1											
11	1											
12	1											
13	1											
14	1											
15	1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/11/11 44-Tipo de Atendimento 1 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Odontia 4. Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 1. Total 2. Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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(ram) 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 10/5/11/12/11 Lidiane Paula 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/11/12/11 Lidiane Paula 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/11/12/11 Lidiane Paula 53-Data, local e Carimbo da Empresa