



ENTRADA PARA NOTAS SIMP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/11/12 11:21	4-Data de Autorização 12/11/12 11:21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9422573	7-Data Validade da Série 12/11/13 11:21
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

823029
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025445908000000101	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
SAMUEL DOS SANTOS SANTANA

08/03/1995

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano
SAMUEL DOS SANTOS SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
------------------------	--

18-Número no CRO 8958

19-UF BA

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 069312060287

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

23-Número no CRO 8958

24-UF BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

27-Número no CRO 8958

28-UF BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Frango	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00		12/11/12 11:21		Samuel
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00		12/11/12 11:21		Samuel
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00		12/11/12 11:21		Samuel
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00		12/11/12 11:21		Samuel
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00		12/11/12 11:21		Samuel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/12 11:21
--

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--

45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial
--

46-Total Quantidade US 1178,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, benefícios 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 o(s) procedimento(s) realizado(s), (foram realizados) 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 relacionados ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcá-los.

49-Observação

Ana Luisa B. Fortes
Cirurgia Dentista
CRO-BA 22290

Ana Luisa B. Fortes
Cirurgia Dentista
CRO-BA 22290

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/12 11:21 g. Aguiar

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/12 11:21 g. Aguiar

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/12 11:21 Samuel dos S.

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/12 11:21

Samuel