

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1829503
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/10 13/12/14	4-Data de Autorização 12/17/10 13/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1829503	7-Data Validade da Senha 12/15/10 06/12/14
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020251105511800000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBERTA APARECIDA SANTOS	13-Data 06/05/1971	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do plano ROBERTA APARECIDA SANTOS	

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solidante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA	18-Número no CRO 134740	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1383375414000116	22-Nome do Contratado / Executante CLINICA ODONTOLÓGICA & ESTÉTICA OSB	23-Número no CRO 134740	24-UF SP	25-Código CNES 0519030
26-Nome do Profissional Executante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA		27-Número no CRO 134740	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-10	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00		0,00		12/10/14	Roberto Santos
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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) 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, 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 Solidante 12/16/10 13/12/14 Evania Rodrigues	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/10 13/12/14 Evania Rodrigues	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/10 13/12/14 Roberto Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/16/10 13/12/14
---	---	---	--