



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/03 12:22	4-Data de Autorização 13/11/03 12:22	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9748387	7-Data Validade da Serção 12/9/06 12:22
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215408706000001003	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

TEREZA OLIVER CARVALHO

25/06/1949

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
RENATO OLIVER CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 24719336884	22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200 (II) 85100218	Enviar - RX
---	---	---------------------------	-------------	---	-------------

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES	27-Número no CRO 72296	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Aut / 40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------------	-----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut / 40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3,40,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
6-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	25	1	8,80,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
7-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	VDO	14	1	12,20,00	0,00,00	0,00,00		13/11/03 12:22		
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/03 12:22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,88,00	47-Valor Total R\$ 0,00,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, contendo a assinatura, apresentando, aceite 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, foram realizados com meu conhecimento 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 pagar os custos previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/03 12:22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/03 12:22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/03 12:22	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--