



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

465626
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão de Guia 12/09/10 | 4-Data de Autorização 10/08/10 | 5-Semite AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 8250185 | 7-Data Validade da Sanha 12/09/10 |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 8-Número de Carteira 101020215349140001010101 | 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | 13-Nome EMERSON DA SILVA | |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento | | | | | |
| 15-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA | 18-Número no CRO 62952 | 19-UJF SP | 20-Código CBO S 04 | 025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2177451580854 | 22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES | 23-Número no CRO 62952 | 24-UJF SP | 25-Código CNES | |
| 26-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES | 27-Número no CRO 62952 | 28-UJF SP | 29-Código CBO S | | |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | | | | | |
| 30-Tabulei | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Domínio/Região | 34-Face | 35-Qtd |
| 1-01811000065 | | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | |
| 2-0185300047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | |
| 3-0185300047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | |
| 4-0185300047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | |
| 5-0185300047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | |
| 6- | | | | | |
| 7- | | | | | |
| 8- | | | | | |
| 9- | | | | | |
| 10- | | | | | |
| 11- | | | | | |
| 12- | | | | | |
| 13- | | | | | |
| 14- | | | | | |
| 15- | | | | | |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | | | | | |
| 44-Tipo de Atendimento | | | | | |
| 45-Tipo de Faturamento | | | | | |
| 46-Total Quantidade US | | | | | |
| 47-Valor Total R\$ | | | | | |
| 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 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(foram) realizado(s) com meu comprometimento 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 Solicitante | | | | | |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | | | | | |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | | | | | |
| 53-Data, local e Carimbo de Empresa | | | | | |