

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

398016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/16/11 01/12 01	4-Data de Autorização 12/11/11 01/12 01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967385	7-Data Validade da Serinha 11/14/11 01/12 11
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102153274713000000101011	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 LAIS SABRINA DA SILVA	13-Data 02/11/2000	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano LAIS SABRINA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	25-UF PE	26-UF PE	27-UF PE	28-UF PE	29-Código CBO S	30-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12151410899481051111	22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS		27-Número no CRO 11569	28-UF PE	29-Código CBO S						

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			21/11/2011	x yaris
2-01018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			21/11/2011	x yaris
3-01018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			21/11/2011	x yaris
4-01018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			21/11/2011	x yaris
5-01018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			21/11/2011	x yaris
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 178,00	47-Valor Total R\$ 178,00	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 obrigações de pagamento das parcelas mensais e a pagar 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, no total, o valor devido pelo tratamento, 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 Contratado Solicitante 21/11/2011 01/12 01	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 21/11/2011 01/12 01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2011 01/12 01	53-Data, local e Assinatura do Paciente 21/11/2011 01/12 01
--	--	--	--

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Av. Barreto de Menezes Nº 420 A

CEP: 54.310-310

Jaboatão dos Guararapes-PE