



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2411



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2013	4-Data de Autorização 21/09/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Valor da Guia Principal 8431860	7-Data Validade da Guia 21/09/2013	510813 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 101021025136513060000001011	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cuidado Nacional de Saúde 12110161211
13-Nome SIRLEI FERREIRA AMILTON	23/10/1976	14-Telefone (11) 3111-7044	15-Nome do titular de seguro SIRLEI FERREIRA AMILTON	

16-Atendimento a RV N	17-Atendimento Profissional Substituto THIAGO MALBAR MOSCON	18-Valor 8005	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora CBO / CFE 10181271511857318	22-Nome do Contratado Executante THIAGO MALBAR MOSCON	23-Valor no CBO 8005	24-UF BA	25-Código CNES 117, 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante THIAGO MALBAR MOSCON	27-Valor no CBO 8005	28-UF BA	29-Código CBO S	30-Valor 025 -

31-Total	32-Descrição	33-Debito Regular	34-Fraco	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura / Debito Regular R\$	39-At	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-101018152011518	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	151331010	101010		21/09/2013			
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 21/09/2013	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 151331010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Fratura / Debito Regular R\$ 101010
--	--	---	---------------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, compreendendo-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(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora	
--------------	--

50-Data local e Assinatura do Corrente-Donatário 21/09/2013	51-Data local e Assinatura do Corrente-Beneficiário 21/09/2013	52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/09/2013	53-Data local e Assinatura do Beneficiário 21/09/2013
--	---	--	--