



Integridade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012 4-Data de Autorização 11/12/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7982962 7-Data Validade da Semha 12/10/11/21

401865
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530382900001011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

13-Nome

SILVANA ALVES DA SILVA

03/06/1964

14-Telefone

() - - - - -

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano

SILVANA ALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL CRISTINA KOYAMA

18-Número no CRO 109231

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

311121200869

22-Nome do Contratado Executante

RAQUEL CRISTINA KOYAMA

23-Número no CRO

109231

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

RAQUEL CRISTINA KOYAMA

27-Número no CRO

109231

28-UF SP

29-Código CBO S

Envia - RX
(UF) 85200166-21

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00			12/11/20		Silvana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

258,00

47-Valor Total R\$

0,00

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 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 Solicitante

11/12/11/20 Raquel

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/12/11/20 Raquel

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/12/11/20 Silvana

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/20 Raquel C. Koyama
Cirurgiã - Dentista
CRO/SP 109231