

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
01/07/2012

4-Data de Autorização
16/10/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7390567

7-Data Validade da Senha
10/07/2015

284707
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0101210252912630000101

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
01/07/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

15/12/1971

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

18-Número no CRO
125515

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)
39612062870

22-Nome do Contratado Executante
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

23-Número no CRO
125515

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

27-Número no CRO
125515

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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-	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,10	0,10	0,10	511	03/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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\$							
01/01/12	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,10	0,10	0,10							

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
18/02/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/02/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/11/2012

53-Data, local e Campo da Empresa
18/03/2012

Dra. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 125515