

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



304590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/03 12:01	4-Data de Autorização 10/3/04 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7498794	7-Data Validade da Senha 12/9/05 12:01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1002102529634900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/1975	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome APARECIDA SUNTAK DANIEL	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano APARECIDA SUNTAK DANIEL
------------------------------------	------------------------------	--

16-Mandato a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	18-Número no CRO 76750	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125350740873	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	23-Número no CRO 76750	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-45
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	27-Número no CRO 76750	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-001815200166	166	TRATAMENTO ENDODONTICO	45	1	1	2581010	0101010	0101010	S	16/04/2004		
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 Prevista Término do Tratamento 16/04/04	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12581010	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), 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 16/04/04	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/04/04	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/04	53-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente e Operadora 16/04/04	54-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente e Operadora 16/04/04
--	--	--	---	---

CROSP 76.750