

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



310483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7542928	7-Data Validade da Sessão 03/08/2010
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202025269847000000101		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISABETE CRISTINA DUGAICH		14-Teléfono (14) 972611295	15-Nome do titular do plano ELISABETE CRISTINA DUGAICH	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULINE HENCK DA SILVA	18-Número no CRO 120897	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141901519880911		22-Nome do Contratado Executante PAULINE HENCK DA SILVA	23-Número no CRO 120897	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULINE HENCK DA SILVA		27-Número no CRO 120897	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Atuação
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0	0	0	0	05/10/2010	1	1
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0	0	0	0	05/10/2010	1	1
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0	0	0	0	05/10/2010	1	1
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0	0	0	0	05/10/2010	1	1
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/05/2010	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 140,00	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), 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 02/05/2010 <i>Pauline S. Ramos</i>	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/05/2010 <i>Pauline S. Ramos</i>	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/05/2010 <i>Pauline S. Ramos</i>
--	--	--