

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



451731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/02/11 4-Data de Autorização 21/01/11 5-Semla AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8186965 7-Data Validade da Semla 11/02/11

8-Número da Carteira 101021021533281100001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CAMILA SANTOS SILVA 14-Data de Nascimento 11/06/1993 15-Nome do titular do plano CAMILA SANTOS SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014214786503 19-Número no CRO 16992 20-Nome do Profissional Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 21-Número no CRO 16992 22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (F) 8520140-15 23-Nome do Profissional Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 24-Face 25-Cidade 26-Quantidade US 27-Valor 28-Franquia Co-participação R\$ 29-UF BA 30-Código CBO S 31-Franquia Co-participação R\$ 32-Valor 33-Franquia Co-participação R\$ 34-UF BA 35-Cidade 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia Co-participação R\$ 39-UF BA 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101852100140		TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	1	33300	0,00	51125101121	BA	11/02/11		CAMILA S SILVA
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 Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 333300 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 12/01/11

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Operadora 12/01/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11

53-Data, local e Contato do Consultório Odontológico 12/01/11

Mais Sorriso

CNPJ: 36.057.379/0001-04