



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10
 4-Data de Autorização 15/10/09
 5-Semta AUTORIZADO
 6-Número de Guia Principal 7850266
 7-Data Validade da Semta 10/03/12

370454 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202531618700010101
 9-Piloto POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAULO ROGERIO DOS SANTOS
 14-Teléfono () - - - - -
 15-Nome do titular do plano PAULO ROGERIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI
 18-Número no CRO 55535
 19-Uf SP
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 156891145807
 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI
 23-Número no CRO 55535
 24-Uf SP
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI
 27-Número no CRO 55535
 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 Class	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00	14,00			15/10/09		[Assinatura]
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	16,00			15/10/09		[Assinatura]
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	16,00			15/10/09		[Assinatura]
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	16,00			15/10/09		[Assinatura]
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	16,00			15/10/09		[Assinatura]
6-0												[Assinatura]
7-0												[Assinatura]
8-0												[Assinatura]
9-0												[Assinatura]
10-0												[Assinatura]
11-0												[Assinatura]
12-0												[Assinatura]
13-0												[Assinatura]
14-0												[Assinatura]
15-0												[Assinatura]
						45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US					
						1-Total 2-Parcial	178,00					
						43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento					
						1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	1-1-1-Tratamento Odontológico					

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 obrigações do profissional responsável e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(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 ordem 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
 CPF: 429.940.948-90
 CHD: 44773
 AV. PARADA FINTEQ, 1020 - São Mateus
 VILA NOVA OCEANIC - CEP: 04040-000
 CHD: 44773

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Cópia da Empresa