

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 02/10/2012 4-Dia de Autorização 02/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7606227 7-Dia Validade da Sanha 31/10/2012 8-Intercambio 319234

INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020252411560000010102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira 02/10/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VICTOR ADRIANO MOREIRA DA CUNHA

14/03/2012

14-Teléfono (119) 9380151020

15-Nome do titular do plano DAIANE MOREIRA BOMFIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a R/N N 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

18-Número no CRO 125515

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 39612062870

23-Número no CRO 125515

24-UF SP

25-Código CNES

Faturar Empresa

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- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fraca	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	81000065			1	134,00	0,00			02/10/2012		Dane
2-1	0	08400090			1	72,00	0,00			02/10/2012		Dane
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 02/10/2012

44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 106,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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 no 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 conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2012 Dane

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012 Dane

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012 Dane

53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2012 Dane

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 02/10/2012 Dane

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 02/10/2012 Dane

Tathiane Moreira da Silva