



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372835

DATA VALIDADA

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 22/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859450	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252541640000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SHEILA DE OLIVEIRA		14-Telefone 20/12/1993	15-Nome do titular do plano SHEILA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO SAADE	18-Número no CRO 39569	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 05524256807
22-Nome do Contratado Executante ROBERTO SAADE		23-Número no CRO 39569	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ROBERTO SAADE
27-Número no CRO 39569		28-UF SP	29-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200158-16	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2012		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/11/2012		
3	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	26/11/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/2012	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 581,00	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) 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 10/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012	53-Data, local e Contínio da Empresa / /
---	---	---	---