

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379748
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/01/12/12/01

6-Número da Guia Principal
7888680

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/09/10/09/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/11/09/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100120252847020000010105

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCAS PIETRO DA SILVA ADÃO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LUANA PEROLA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

18-Número no CRO
118776

19-JF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código CBO S
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

23-Número no CRO
118776

24-JF
SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

27-Número no CRO
118776

28-JF
SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR					1	72,00	0,00		29/09/2011	
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 Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
72,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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), 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
12/09/11 09/11/2011 Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/11 09/11/2011 Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/09/11 09/11/2011 Luana Perola da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
CRO-SP-CD - 118776