

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/2/13 4-Data de Autorização 12/7/11 01/2/13 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11809231 7-Data Validade da Senha 12/1/10 11/12/14 1658750 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1000202567993000000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/10 11/12/14 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDJANE DA SILVA ROCHA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JADSON DE SOUZA SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139612062870 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	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 Glória	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	161,00	0,00	0,00	0,00	12/8/11	01/2/13	X
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	161,00	0,00	0,00	0,00	12/8/11	01/2/13	X
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1122,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál 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

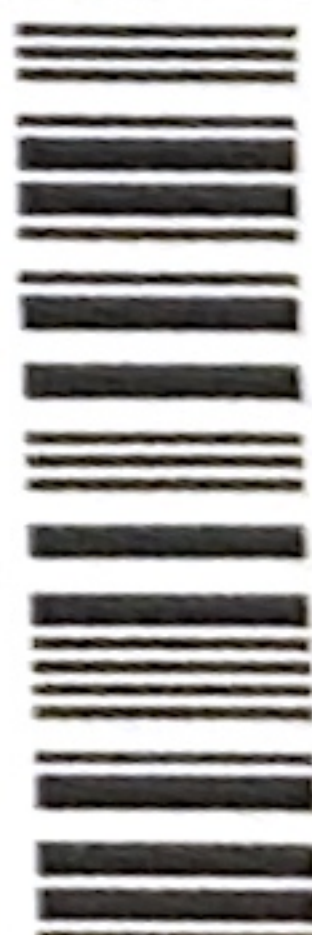
Dra. Tathiane Moreira da Silva,

Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/11 01/2/13 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/11 01/2/13 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/11 01/2/13 x 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/11 01/2/13 PROSP 125515

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 01/23	4-Data de Autorização 13/11/11 01/23	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11832464	7-Data Validade da Sentença 12/06/11 01/24	1666379 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 101021012567993000000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome JADSON DE SOUZA SANTOS	30/12/1995	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JADSON DE SOUZA SANTOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 125515	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139612062870	22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rogito	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/23		X J. da Silva
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/23		X J. da Silva
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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), 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 12/11/11 01/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/11 01/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/11 01/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/11 01/23
---	---	---	---

Dra. Tathiane Moreira da Silva

Cirurgiã Dentista

CRO/SP 123515