

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



OK

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/07 4-Data de Autorização 21/10/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8824577 7-Data Validade da Senha 11/04/10 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 623101 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253406150000001011 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 623101 INTERCÂMBIO 13-Nome STEFFANY CAROLINE DA SILVA 14-Teléfono () 15-Data Validade da Senha 11/04/10 16-Data de Realização 11/06/07 17-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1-000810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			11/06/07		
2-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			11/06/07		
3-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			11/06/07		
4-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			11/06/07		
5-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			11/06/07		
6-000000000000												
7-000000000000												
8-000000000000												
9-000000000000												
10-000000000000												
11-000000000000												
12-000000000000												
13-000000000000												
14-000000000000												
15-000000000000												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1178,00	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), folio(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/11/07/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/07/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/07/12/11

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

12/11/07/12/11

CRO-SP 125515