



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/04/10 11/12/11 4-Dia de Autorização 10/05/10 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8169862 7-Dia Validade da Guia 10/04/10 11/12/11

446757
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/01/2012 5/3/4/2/2/6/3/0/0/0/0/1/0/1/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOILMA MARTINS DA COSTA MENDONCA 30/01/1974 14-Telefone (11) 8234 15-Nome do titular do plano JOILMA MARTINS DA COSTA MENDONCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CENTER RADIO CLINICA ODONTOLOGICA E DIAGNOSTICA 18-Número no CRO 8234 19-UF GO 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/5/08/9/5/8/0/8/5/5/1/1 22-Nome do Contratado Executante JULIANA CERVIGNE PASCOALETO DE SIQUEIRA 23-Número no CRO 8234 24-UF GO 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-RPSE (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Executante JULIANA CERVIGNE PASCOALETO DE SIQUEIRA 27-Número no CRO 8234 28-UF GO 29-Código CBO S (1) 81000375-RPD

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-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Participação
1-0	0	81000421-RPSE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
2-0	0	81000375-RMD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
3-0	0	81000375-RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
4-0	0	81000375-RME	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
5-0	0	81000375-RPD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
6-0	0	81000375-RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
7-0	0	81000375-RME	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
8-0	0	81000375-RPD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
9-0	0	81000375-RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
10-0	0	81000375-RME	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
11-0	0	81000375-RPD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
12-0	0	81000375-RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
13-0	0	81000375-RME	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
14-0	0	81000375-RPD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00
15-0	0	81000375-RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12	12	0,00

43-Dia Previsto Término do Tratamento 10/05/10 11/12/11 44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 17 10 10 10 47-Valor Total R\$ 10 10 10 10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Diagnóstico Odontológico

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/12 11/12/11 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 11/12/11 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 11/12/12 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 11/12/11 54-Dia, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 11/12/11

CENTER RADIO
Diagnóstico Odontológico

RT: Juliana Cervigne
CRO/GO: 8234