



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24/11



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Código de Autenticação 1181021211	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8293493	7-Data Validade da Sentia 11/12/15
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

475459
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121012153147131910101011011	9-Recife POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Outra Validade da Carteira 11/11/11	12-Validade de Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome ERICA GALDINO VIANA	28/06/1992	14-Telefone (43) 3924-9165	15-Nome do titular de plano ERICA GALDINO VIANA
--------------------------------	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abreviatura e RN N	17-Área da Profissional Substituente THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número no CRO 8005	19-LUF BA	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	--------------	--------------------------

21-Código no Operadora / CUP / CPF 01821716181571318	22-Área da Companhia Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	23-Número no CRO 8005	24-LUF BA	25-Código CNES Enviar - RX (UF) 85200140-14
---	--	--------------------------	--------------	---

26-Área da Profissional Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	27-Número no CRO 8005	28-LUF BA	29-Código CBO S
---	--------------------------	--------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ativ	40-Código de Realização	41-Valor da Classe	42-Assinatura
1-0	018152101140	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	1	333100	10100	1811	1811	022021	Erica G. Viana	
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-Dia Financeiro Termina de Tratamento	44-Tipo de Atendimento
1-8/9/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquias / Co-participação R\$
1-Total 2-Parcial	333100	10100	

43-Data Fim do Tratamento 18/02/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Corridinho 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade US 333100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Valor 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 de 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(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-Assinatura do Beneficiário 18/11/2011	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2011	51-Assinatura do Assistente de Odontologia 18/11/2011	52-Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/11 Erica G. Viana	53-Data final a Cartão de Empresa
---	---	--	--	-----------------------------------