

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1152388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 1 / 0 9 / 2 2	4-Data de Autorização 2 2 / 0 9 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10386574	7-Data Validade da Senha 2 0 / 1 2 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 9 5 3 3 1 0 0 0 0 1 0 6	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOPHIA DE OLIVEIRA COUTINHO		14-Telefone 03/03/2009	15-Nome do titular do plano JOSE BATISTA DE OLIVEIRA FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID APARECIDA SANTOS	18-Número no CRO 131879	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 1 8 6 5 5 3 6 8 8 1	22-Nome do Contratado Executante INGRID APARECIDA SANTOS	23-Número no CRO 131879	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante INGRID APARECIDA SANTOS		27-Número no CRO 131879	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0	S		/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0	S		/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0	S		/ /		
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0	S		/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 4 4, 0 0	47-Valor Total R\$ 0, 0 0	48-Total 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--