

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



540544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/05/12/11	4-Data de Autorização 10/3/05/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8546670	7-Data Validade da Senha 10/1/08/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253703260000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VAGNER APARECIDO GONCALVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VAGNER APARECIDO GONCALVES
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA	18-Número no CRO 112010	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127258914854	22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	23-Número no CRO 112010	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR		27-Número no CRO 112010	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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		S	10/3/05	0001	
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-Data Previsão Término do Tratamento 10/05/11	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-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 a finalidade 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
---	---	---	-------------------------------------