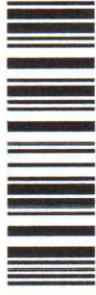




Inteligente para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



302323
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
14/06/2012

6-Número da Guia Principal
7486389

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/04/2012

3-Data de Emissão da Guia
16/03/2012

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
002025277392200000101

15-Nome do titular do plano
ISALTINO ALVES FRANCO

14-Telefone
()

13-Nome
ISALTINO ALVES FRANCO

20/12/1986

16-Atendimento a RN
N

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

19-UF
SP

18-Número no CRO
76750

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
125350740873

25-Código CNES

24-UF
SP

23-Número no CRO
76750

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

28-Código CBO S

28-UF
SP

27-Número no CRO
76750

32-Descrição
EXODONTIA DE RAIZ

30-Tabela
10082000859

39-Jul

40-Data de Realização
02/05/2012

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

35-Quantidade US
46

33-Dente Regiões
46

41- Meio da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
04/05/2012

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US
173,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/05/2012

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/05/2012

52-Data local e Assinatura de Beneficiário / Responsável
02/05/2012

53-Data local e Assinatura da Empresa
02/05/2012

54-Data local e Assinatura 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), 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.

55-Data local e Assinatura 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), foram realizados em conformidade com o contrato.

56-Data local e Assinatura 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), foram realizados em conformidade com o contrato.