

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311433
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2015	4-Data de Autorização 08/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7550053	7-Data Validade da Senha 05/10/18
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Cadeira 002020252986930000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Cadeira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome RYAN DE OLIVEIRA NAKAMURA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALEXANDRINA APARECIDA DA SILVA
--------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULINE HENCK DA SILVA	18-Número no CRO 120897	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14119051198809111	22-Nome do Contratado Executante PAULINE HENCK DA SILVA	23-Número no CRO 120897	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PAULINE HENCK DA SILVA	27-Número no CRO 120897	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

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 Glessa 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------------------

1-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	05/10/2015	[Assinatura]
2-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	05/10/2015	[Assinatura]
3-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	05/10/2015	[Assinatura]
4-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	05/10/2015	[Assinatura]
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/10/2015	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$	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(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-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2015 [Assinatura]	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2015 [Assinatura]	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2015 [Assinatura]	53-Data Local e Carimbo da Empresa 21/10/2015 [Assinatura]
---	---	---	---

PAULINE HENCK S. RAMOS
CROSP 120897
Cirurgiã Dentista