



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



352702
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/06/10	4- Data de Autorização 12/11/08	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7768511	7- Data Validade da Senha 10/04/11
---------------------------	--	------------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10/02/02	9- Fluno POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome JAZIEL PEDRO SOTO	14- Telefone (11) 39213161	15- Nome do Titular do plano JAZIEL PEDRO SOTO
-------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RM N	17- Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18- Número no CRO 30136	19- UF SP	20- Código CBO S 10	Faturar Empresa
---------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------------	-----------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/45107518109	22- Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23- Número no CRO 30136	24- UF SP	25- Código CHES
---	--	----------------------------	--------------	-----------------

26- Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	27- Número no CRO 30136	28- UF SP	29- Código CBO S
--	----------------------------	--------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Trabalho	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 Gloriosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 0	0,00	0,00	11/108/120			
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 0	0,00	0,00	11/108/120			
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 0	0,00	0,00	11/108/120			
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 0	0,00	0,00	11/108/120			
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43- Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1144,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	------------------------------------	------------------------------	--

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 no 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 / Responsável 12/11/08/120 J. P. Soto	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08/120 J. P. Soto	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08/120 J. P. Soto	53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	--