

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 4-Data de Autorização 10/09/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8031101 7-Data Validade da Senha 10/04/12

8-Número da Carteira 100202532375000000000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome MARINA VITORIANO CONTENA 24/04/1996 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARINA VITORIANO CONTENA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 112913 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108152999660 22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 112913 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 112913 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00				13/11/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial 46-Total Quantidade US 73,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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

13/11/11 Dr. Suelen Mezzette de Oliveira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/11/11 Dr. Suelen Mezzette de Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/11/11