

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

406083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 10/12/01	4-Data de Autorização 12/9/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8000478	7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202125314142000010101	9-Plano 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 CARINA MICHELE MENDES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CARINA MICHELE MENDES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CEO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1175156288971111	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CEO 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 Class 42-Assinatura
1-0	085110020101	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	14/11/20	X Gracina
2-0	085110019161	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/11/20	X Gracina
3-0	085110019161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/11/20	X Gracina
4-0	085110019161	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/11/20	X Gracina
5-1	111111111111										
6-1	111111111111										
7-1	111111111111										
8-1	111111111111										
9-1	111111111111										
10-1	111111111111										
11-1	111111111111										
12-1	111111111111										
13-1	111111111111										
14-1	111111111111										
15-1	111111111111										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 obrigações 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 o procedimento realizado, 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 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/11	53-Data, local e Assinatura do Operador 18/11/11	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 18/11/11
---	---	---	---	--

D. Anesio Gracinda A. Junior
Av. São João 473 - Ponta Grossa - PR
CRO 24101

Av. São João 473 - Ponta Grossa - PR
CRO 24101
SP Tel. 4520-3559