

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/01/12/21 4-Data de Autorização 10/8/10/02/12/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9514098 7-Data Validade da Senha 12/7/10/14/12/21

854600
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202542342600000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE WELLINGTON SANTANA MONTEIRO 14-Telefone (71) 92414515 15-Nome do titular do plano TATIANA DOS SANTOS RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KAMILA KOLENYAK PEREIRA SANDES 18-Número no CRO 15768 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1062617725171 22-Nome do Contratado Executante KAMILA KOLENYAK PEREIRA SANDES 23-Número no CRO 15768 24-UF BA 25-Código CNES (I) 8100421- 26-Nome do Profissional Executante KAMILA KOLENYAK PEREIRA SANDES 27-Número no CRO 15768 28-UF BA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,10	0,00	0,00	5	08/02/12	10	
2-10	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	73,10	0,00	0,00	5	08/02/12	2	
3-10												
4-10												
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 87,10 47-Valor Total R\$ 0,00 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 08/02/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/12 53-Data, local e Cartão da Empresa 08/02/12

Dra. KAMILA KOLENYAK
Cirurgiã-Dentista | Endodontia
CRO/BA-15768