

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 15/12/11	4-Data de Autorização 12/8/10 15/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8641588	7-Data Validade da Santa 12/6/10 18/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

567188
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Formulário de Cadastro 010120125137457510101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOAO FRANCISCO DUBREUILH GARCEZ	17/07/1965	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO FRANCISCO DUBREUILH GARCEZ
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	18-Número no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
-------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 461303046819	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	23-Número no CRO 137593	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100200
---	---	----------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Número no CRO 137593	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-Cid	36-Quantidade US	37-Vetor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atendimento
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	8 8 10 0	0,00	0,00	0,00	5128105121	
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	8 8 10 0	0,00	0,00	0,00	5128105121	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 10 0	0,00	0,00	0,00	5128105121	
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/8/10 15/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Cadema Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 3 7 10 0	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 compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10 15/12/11 Nathália - Paula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 15/12/11 Nathália - Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 15/12/11	53-Data, local e Cessão de Empresa 12/11/11
--	--	---	--