



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2271458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/10/2015

4-Data de Autorização
16/10/2015

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13737502

7-Data Vencimento da Guia
06/10/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202578835400001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencimento da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
AUCILENE MARIA DA SILVA

15/08/1984

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
AUCILENE MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Almofadamento a RIN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
VIVIAN MATOS DE PAULA

18-Número no CRO
92592

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
47193959000154

22-Nome do Contratado Executante
VP ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA

23-Número no CRO
92592

24-UF
SP

25-Código CNE S
2992051

26-Nome do Profissional Executante
VIVIAN MATOS DE PAULA

27-Número no CRO
92592

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1	1	533,00	0,00					
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	18	1	1	533,00	0,00					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
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												
11066,00												
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 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

16/10/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/10/2015

Dra. Vivian Matos de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 92.592

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/10/2015 AUCILENE

53-Data, local e Cessão da Empresa

16/10/2015

VP Odontologia Integrada
CRO/SP 927778