



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H*

435976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123412	7-Data Validade da Senha 07/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202533474700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			

13-Nome CARINE JANDREY FERNANDES DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do Titular do plano CARINE JANDREY FERNANDES DA SILVA	
28/05/1982					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número n3 CRO 19924		19-UF RS		20-Código CEO S 04		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a R3 N	17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA								

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81411243587		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		23-Número no CRO 19924		24-UF RS		25-Código CNE S	
--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		27-Número n3 CRO 19924		28-UF RS		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 Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/12/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/12/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/12/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/12/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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-Observações	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/2012 Dra. Flavia Villela Doutora em Endodontia CRO RS 19924	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/2012 Carine Jandrey Fernandes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--