

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

457126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/2011	4-Data de Autorização 12/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8210482	7-Data Validade da Senha 19/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202534790300000101	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 CLEBER DA SILVA SANTOS					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do Titular do plano CLEBER DA SILVA SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		18-Número no CRO 118776	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13952017000846	22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		23-Número no CRO 118776	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES					
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
1-00018110000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		26/01/2011	[Assinatura]
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		26/01/2011	[Assinatura]
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		26/01/2011	[Assinatura]
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		26/01/2011	[Assinatura]
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		26/01/2011	[Assinatura]
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/01/2011	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 117,80	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 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 26/01/2011, Ribeirão Preto, Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves					
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/2011, Ribeirão Preto, Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves					
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/2011, Ribeirão Preto, Dr. Rebeca E. Samarao Gonçalves					
53-Data, Local e Carimbo da Empresa CRO-SP-CD - 118776					