

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/11 11/210 4-Dia de Autorização 12/11/11 11/210 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8077512 7-Dia Validade da Senha 12/10/10 12/11/11 424708 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 010120121530127800000000101014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Entrega DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JERUZA DA SILVA ANDRADE

19/10/1975

(11) 919731911021

15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA ANDRADE SIMÕES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RV 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIEL FABIANI 18-Número no CRO 29697 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (F) 65200168-25 (I) 81000421-RPSE 21-Código do Operador / CNPJ / CPF 09311529159000000000 22-Nome do Contratado Executante GABRIEL FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GABRIEL FABIANI 27-Número no CRO 29697 28-UF PR 29-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante GABRIEL FABIANI 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Característica	34-Preço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-010	85200168	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25	1	1	258,00	0,00	0,00	1	10/11/10	4	Jeruza
2-010	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	10/11/10	4	Jeruza
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Tempo do Tratamento 44-Tipo da Anestesia 45-Tipo de Tratamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total 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(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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697