

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371657
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 09/12/01	4-Data de Autorização 11/17/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7854369	7-Data Validade da Senha 10/17/11 12/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 101021021252847020200001010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Nome do titular do plano LUANA PEROLA DA SILVA		
13-Nome EVELLYN VITORIA DA SILVA ADAO		14-Telefone () - - - - -		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 118776	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1319520700846111	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	27-Número no CRO 118776	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa
---	--	----------------------------	-------------	--------------------------	---	---	----------------------------	-------------	----------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa/Assinatura
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/Assinatura				
1-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,100	0,00	0,00	S	18/09/20					
2-1															
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-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,100	47-Valor Total R\$	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), 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 18/09/2009, 18/09/2009, 18/09/2009	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 18/09/2009, 18/09/2009, 18/09/2009	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/09/2009, 18/09/2009, 18/09/2009	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/2009, 18/09/2009, 18/09/2009
---	---	---	---

Dra. Rebeca E. Samarão
Cirurgiã Dentista
CRO: 118776

Dra. Rebeca E. Samarão
Cirurgiã Dentista
CRO: 118776