



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2011 4-Data de Autorização 12/01/2011 5-Serh Autorizado 6-Número de Guia Principal 9194222 7-Data Validade da Serh 11/01/2012

746735
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202542741100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ROGERIO RODRIGUES DA SILVA SANTOS

05/02/1990

14-Telefone (61) 912919121914

15-Nome do titular do plano

ROGERIO RODRIGUES DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante N MILENA OLIVEIRA DE FARIAS

18-Número no CRO 13137 19-UF DF 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104707316131 22-Nome do Contratado Executante MILENA OLIVEIRA DE FARIAS

23-Número no CRO 13137 24-UF DF 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MILENA OLIVEIRA DE FARIAS

27-Número no CRO 13137 28-UF DF 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 Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36	1	73,00	0,00	S				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista 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 73,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que os fatos verificados devidamente esclarecidos 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. Deixo, 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 do tratamento conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dr. Milena Oliveira

Dr. Milena Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

ODONTO PRÓTESE

CNPJ: 09.707.101/0001-00

43-439-716/0001-00

Dr. Milena Oliveira

Dr. Milena Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa