

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

0 4 / 1 1 / 2 0

4-Data de Autorização

0 4 / 1 1 / 2 0

5-Sentença

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8020550

7-Data Validade da Sentença

0 2 / 1 0 / 2 1

411050

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 3 3 2 1 5 8 0 0 0 0 1 0 2

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

0 2 / 1 0 / 2 1

13-Nome

WILAMES ROSENDO DO NASCIMENTO SILVA

14-Telefone

22/03/2006

15-Nome do titular do plano

IRENILZA GONCALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

12 5 4 0 8 9 9 4 8 0 5

22-Nome do Contratado Executante

RENATA GONCALVES DE MORAIS

23-Número no CRO

11569

24-UF

PE

25-Código CNES

06

26-Nome do Profissional Executante

RENATA GONCALVES DE MORAIS

27-Número no CRO

11569

28-UF

PE

29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

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

1-0 1 0 1 8 1 1 0 0 0 0 6 5

CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0 1 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0 1 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0 1 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0 1 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

43-Data Previsto Término do Tratamento

1 1 / 1 1 / 1 1

44-Tipo de Atendimento

1 1 / 1 1 / 1 1

45-Tipo de Faturamento

1 1 / 1 1 / 1 1

46-Tipo de Faturamento

1 1 / 1 1 / 1 1

47-Valor Total R\$

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações decorrentes do presente documento, 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, do 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
04/11/2006
CRO-PE 11569
Dr. Renato de Menezes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
04/11/2006
CRO-PE 11569
Dr. Renato de Menezes

52-Tipo, local e Assinatura do Farmacêutico / Responsável
04/11/2006
CRO-PE 11569
Dr. Renato de Menezes

53-Data, local e Assinatura do Farmacêutico
04/11/2006
CRO-PE 11569
Dr. Renato de Menezes

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Prazeres - CEP: 54-310-310

Jaboatão dos Guararapes-PE