

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



2600199

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2017	4-Data de Autorização 26/01/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14790090	7-Data Validade de Senha 15/03/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025116401000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005186838707								
13-Nome ALICE VITORIA DE JESUS MATOS VASCO		14-Telefone 27/06/2017	15-Nome do titular do plano CHRYSTON GILENO DE JESUS VASCO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA	18-Número no CRO 12785	19-UF DF	20-Código CBO S	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 50935657000119	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO DENTE LTDA	23-Número no CRO 12785	24-UF DF	25-Código CNES 4313445	Enviar - RX (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA		27-Número no CRO 12785	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
1-000851002000		RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00			17/01/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/01/2017	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 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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), 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												
Dra. Amanda Alves 12785 Dra. Amanda Alves 12785												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/01/2017			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/01/2017			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/01/2017			53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/01/2017			

Clínica Odontológica Odonto Dente Ltda
CNPJ: 50.935.515/0001-10