

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/02/11 10:12:01		4-Data de Autorização 01/07/11 10:12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7929466		7-Data Validade da Senha 31/11/12 12:01		388810 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 000202152835192000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THOMAZ AQUINO DOS SANTOS JR															
14-Telefone (41) 87640185															
15-Nome do titular do plano THOMAZ AQUINO DOS SANTOS JR															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA				18-Número no CRO 9574		19-UF BA		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0117144752150811		22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA				23-Número no CRO 9574		24-UF BA		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA		27-Número no CRO 9574				28-UF BA		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd		36-Quantidade US			
1-000810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		3400		000		37-Valor			
2-												38-Franquia/Co-participação R\$			
3-												39-Aut			
4-												40-Data de Realização			
5-												41-Motivo de Glosa 42-Assinatura			
6-												43-Data Previsão Término do Tratamento			
7-												44-Tipo de Atendimento			
8-												45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
9-												46-Tipo de Faturamento			
10-												47-Valor Total R\$			
11-												48-Total Franquia / Co-participação R\$			
12-												49-Observação			
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/12		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/12		46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$ 3400		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000		49-Observação			

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 Clara Bastos
Ortodontista

Dra Clara Bastos
Ortodontista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/12/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/12/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/12/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/12/12

Assinatura de Thomaz Jr