

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-49



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/12	4-Data de Autorização 10/09/12	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128542	7-Data Vencimento da Guia 10/08/13	436951	
Dados do Beneficiário		8-Flanco POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 01/10/1981	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde ROSELI RODRIGUES
13-Nome ROSELI RODRIGUES		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ROSELI RODRIGUES	
16-Atendimento e FN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIA IVETE BONAN TESTA		18-Número no CRO 1774		19-UF SC	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 37638254953		22-Nome do Contratado Executante MARIA IVETE BONAN TESTA		23-Número no CRO 1774		24-UF SC	
26-Nome do Profissional Executante MARIA IVETE BONAN TESTA		27-Número no CRO 1774		28-UF SC		29-Código CBO S Enviar Empresa Enviar - RX (7) 8510200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							41-Método da Guia
30-Atalia		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-000		85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	881000
2-000		85100198	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	611000
3-000							
4-000							
5-000							
6-000							
7-000							
8-000							
9-000							
10-000							
11-000							
12-000							
13-000							
14-000							
15-000							
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-1-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enfermagem	46-1-Total 2-Pacote	47-Total Quantidade US	48-Valor Total R\$	49-Total Franchise / Co-participação R\$
					149100	10100	
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(ram) 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
		08/10/2012		08/10/2012			

CPF: 37638254953

CPF: 74

Maria Ivete Bonan Testa