

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

435539
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sessão
01/07/12 13/12/11

6-Número da Guia Principal
8121447

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/05/11 12/12/10

3-Data de Emissão da Guia
01/07/11 12/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01020202533335750000001011

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
ARLETE BARBOSA DE ALMEIDA

11-Data Validade da Carteira
01/07/11 13/12/11

15-Nome do titular do plano
ARLETE BARBOSA DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

18-Número no CRO
811

19-UF
TO

20-Código GBO S

21-Código na Operação / CNPJ / CPF
01082447474756

22-Nome do Contratado Executante
RENATA LEITAO GOMES SA

24-UF
TO

25-Código CINES

26-UF
TO

27-Número no CRO
811

28-UF
TO

29-Código CBO S

30-Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Quantidade US

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

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(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

54-Data, local e Carimbo da Empresa