

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 15/12/12		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Própria 9895896		7-Data Validade da Série a 11/10/10 18/12/12		978952 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000210125456588000000101012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
Dados do Contratado											
13-Nome GABRIEL ARAUJO DE JESUS		31/12/1993		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do Titular do plano AMANDA CANDIDA MACIEL					
Dados do Contratante											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA		18-Número do CRO 62952		19-UF SP		20-Código CBO 04		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Opiadora / CNPJ / CPF 127745180854111		22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		23-Número do CRO 62952		24-UF SP		25-Código NES SP		Enviar - RX (IF) 85200166-5	
26-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		27-Número do CRO 62952		28-UF SP		29-Código CBO 3		30-UF SP		(IF) 85200166-5	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		3-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fac		35-Qtd	
1-00015200166		TRATAMENTO ENDODONTICO		15		2581000		39-Aut		40-Data de Realização	
2-00015200166		TRATAMENTO ENDODONTICO		25		2581000		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
3-00015200166											
4-00015200166											
5-00015200166											
6-00015200166											
7-00015200166											
8-00015200166											
9-00015200166											
10-00015200166											
11-00015200166											
12-00015200166											
13-00015200166											
14-00015200166											
15-00015200166											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
1-11/11/11		1-1-11/11/11		1511610101		1010101					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme e acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente de saúde e a pagar os custos e revisitos 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, o profissional contratado que assina este 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 Responsável											