

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

917222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 3/12/12	4-Data de Autorização 12/12/10 3/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9709414	7-Data Validade de Sanha 12/10/10 6/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010120254646080000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS FERNANDES					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS FERNANDES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	18-Número no CRO 41529	19-UF RJ	20-Código CEO S	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1115386507612	22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	23-Número no CRO 41529	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		27-Número no CRO 41529	28-UF RJ	29-Código CEO 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 Class		42- Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5			1			3	4	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

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	50-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/11	53-Data local e Assinatura da Empresa 12/03/11
---------------	--	--	--	---

Clínica Odontológica
R. São João, 10-082-440-0000
Família Life
Tel: (11) 2415-3681