

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autenticação 12/11/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9129164	7-Data de Validade da Guia 30/11/2012
--------------------------	---	--------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

726166
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025406227000000102	9-Tipo FOS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data de Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	-------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome TIEFFANY SANTOS DE SOUZA	06/11/2012	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano PATRICIA SANTOS DA SILVA
-------------------------------------	------------	--------------------	---

16-Contratante Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S C25 - Faturar Empresa
--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16913112060287	22-Nome do Contratado Existente RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Existente RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabois	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 122100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Decido que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima expressos, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizar a realização do(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao 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 12/11/2012 Dra. Beatriz Nunes Fernandes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 Dra. Beatriz Nunes Fernandes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 Patrícia Santos da Silva	53-Data, local e Contributo da Empresa 12/11/2012
--	--	--	--

da Silva