

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085338	7-Data Validade da Senha 12/12/10 12/12/11	426674 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202533438000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEANDRO NASCIMENTO PINTO					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano LEANDRO NASCIMENTO PINTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006632359523	22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	27-Número no CRO 17752	28-UF BA	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1
2-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1
3-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
4-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1
5-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/11/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00

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 do Cirurgião-Dentista
12/01/11/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/11/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/11/12/10

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/11/12/10

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/11/12/10

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza