

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8233634		7-Data Validade da Senha 12/06/2014		461965 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00020253396600001014				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome GEOVANI SANTOS DA CONCEICAO				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano SILVONEI LIMA GALIZA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305		19-UF BA		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006619417523		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 16305		24-UF BA		25-Código CINES			
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305		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	
1-00082000859		EXODONTIA DE RAIZ		16		1		1		1	
2-00081000421		RX PERIAPICAL		RMSD		1		1		1	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1			

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 Solicitante 10/10/2014		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2014		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2014		53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2014	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--