

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 400614 3-Dia de Emissão da Guia 11/09/2010 4-Dia de Autorização 13/10/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 785847 7-Dia Validade da Sentença 11/12/2010

378538
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10012025321121000001103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PEDRO HENRIQUE LIMA DE ALMEIDA

14-Telefone 04/10/1996

15-Nome do titular do plano SONIA ELI CORREA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 93894813253

22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-UF AP

29-Código CBO S

30-UF AP

31-Código do Procedimento

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Região

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

43-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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) 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, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

54-Data local e Carimbo da Empresa

55-Data local e Carimbo da Empresa

56-Data local e Carimbo da Empresa

57-Data local e Carimbo da Empresa

58-Data local e Carimbo da Empresa

59-Data local e Carimbo da Empresa

Edo Henrique Lima de Almeida

G.C. 01.11.20