

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21034320

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8366622 7-Data Validade da Sentença 10/06/10 8-Data Validade da Guia 10/06/10

493965
INTERCÂMBIO

Dados do Paciente

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 10/06/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ GUSTAVO GOMES DA SILVA JARDIM

14-Telefone () 11 26/04/1987

15-Nome do titular do plano CINDY IZABEL SILVA NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

18-Número no CRO 6198

19-UF GO

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 814561882120

22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

23-Número no CRO 6198

24-UF GO

25-Código CNES Enviar - RX

26-Código CBO S 6198

27-Valor 025 -

28-Valor 025 -

29-Valor 025 -

30-Valor 025 -

26-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

27-Número no CRO 6198

28-UF GO

29-Código CBO S 6198

30-Valor 025 -

31-Valor 025 -

32-Valor 025 -

33-Valor 025 -

34-Valor 025 -

35-Valor 025 -

36-Valor 025 -

37-Valor 025 -

38-Valor 025 -

Planos 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-Moço da Guia	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00						
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Recebido, Tempo de Tratamento 10/03/2011 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 78,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

