

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



945054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 13/01/2012	3-Data de Autorização 20/01/2012	4-Sexo: MASCULINO	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9796014	7-Data Validade do Sistema 12/01/2012
8-Endereço do Beneficiário 0020202154172734000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Endereço da Carteira 0020202154172734000000102		13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		15-Data Validade da Carteira 11/11/11
16-Nome KAUANE ESTEFANY FLORENCIO DIAS		17-Data 04/07/2008		18-Endereço ERIK SIMONE FLORENCIO		19-Data Validade da Carteira 11/11/11
20-Atendimento a RN N		21-Nome do Profissional Solicitante MARIA APARECIDA DA ROCHA		22-Endereço ERIK SIMONE FLORENCIO		23-Data Validade da Carteira 11/11/11
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84538287768		25-Nome do Contratado Executor MARIA APARECIDA DA ROCHA		26-Endereço ERIK SIMONE FLORENCIO		27-Data Validade da Carteira 11/11/11
28-Nome do Profissional Executor MARIA APARECIDA DA ROCHA		29-Endereço ERIK SIMONE FLORENCIO		30-Data Validade da Carteira 11/11/11		31-Data Validade da Carteira 11/11/11

32-Descrição	33-Código Regime	34-Faixa	35-Quantidade US	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Ant	39-Data de Realização	40-Atividade de Classe 42-Atividade
1-CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	S	13/01/2012	20000000
2-PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/2012	20000000
3-PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/2012	20000000
4-PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/2012	20000000
5-PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/2012	20000000
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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), 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 11/11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	

53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	