



franquizado para você abrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



920298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013 11:21	4-Data de Autorização 12/04/2013 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9719163	7-Data Validade da Senha 12/04/2016 11:21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 001020254667900000010101	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 MALVINA DE FATIMA FERREIRA DO NASCIMENTO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MALVINA DE FATIMA FERREIRA DO NASCIMENTO					
16-Atendimento a RN DENTAL DOC					
17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170539197068					
22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old 1	36-Quantidade US 7800
37-Valor 0,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização 12/03/2013					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura					
43-Data Previsão 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 7800					
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), 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 12/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/2013
54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/03/2013			
55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/03/2013			

