

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/05/12/11

4-Data de Autorização
25/11/05/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8617007

7-Data Validade da Senha
11/9/10/8/12/11

559967
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020253755520000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JUSTINA SOLER

26/07/1995

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARIA FERNANDA ALVAREZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTOMEDICA VIVER

18-Número no CRO
12222

19-UF
BA

20-Código CBO S
06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
102379397546

22-Nome do Contratado Executante
EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

23-Número no CRO
12222

24-UF
BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

27-Número no CRO
12222

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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	73,10	0,00	0,00	15/05/12	JUSTINA SOLER		
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	73,10	0,00	0,00	15/05/12	JUSTINA SOLER		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	146,10	10,10								

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.

46-Observação

Radiografia anexada.

D^o Edimario Alves de Jesus Neto

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
25/10/12/11 Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/10/12/11 Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/10/12/11

53-Data, local e Cartão da Empresa
25/10/12/11

CRO-BA 12.222

CRO-BA 12.222

Assinatura