



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2014	4-Data de Autorização 10/09/2014	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8463918	7-Data Validade da Santa 10/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

518483
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000201253050860000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome ALESSANDRA CHAVIER DOS SANTOS	09/10/1985	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ALESSANDRA CHAVIER DOS SANTOS	

16-Adm. do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante IBERO - BIODIMAGEM-BUCCO-MAXILO-FACIAL	18-Número no CRO 1164	19-UF BA	20-Código CRO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0543085252011	22-Nome do Contratado Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS	23-Número no CRO 1164	24-UF BA	25-Código CNES /	
26-Nome do Profissional Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS		27-Número no CRO 1164	28-UF BA	29-Código CRO S /	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			38-Franquia/Co-participação R\$			41-Medio da Odon		42-Atendimento	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	39-Aut	40-Data de Realização
1-0	0345	DOC ORTODONTICA "A"		1		38,10	0,00		13/04/2014
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/04/2014	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 38,10	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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 essa documentação, 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 13/04/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Jane Freire Matos
Alessandra Chavier dos Santos