

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/12 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144384	7-Data Validade da Senha 11/04/13 12:00	440615 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0002020253222400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número de Contrato Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome EDUARDO BARBOSA ARAUJO	14-Telefone (19) 3332616060	15-Nome do titular do plano EDUARDO BARBOSA ARAUJO
-----------------------------------	--------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-LUF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	--------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000118112112511	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-LUF AM	25-Código CNES
--	--	--------------------------	--------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602	28-LUF AM	29-Código CBO S
--	--------------------------	--------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabuleta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	21/12/12	20
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/12 12:00	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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, adeito 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 de Cuijiao Dentista 12/11/12 12:00 CRO - AM 4602	51-Data, local e Assinatura de Cuijiao Dentista 12/11/12 12:00 CRO - AM 4602	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 12/11/12 12:00 Eduardo Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------