



Resquidados para oca eair

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



400184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 01/12/01	4-Data de Autorização 13/01/11 01/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976095	7-Data Validade da Senha 18/01/11 12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020205313082000000010101	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 WALDIR RODRIGUES JUNIOR					
14-Telefone ()					
15-Nome do titular do plano WALDIR RODRIGUES JUNIOR					
Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 124719336884					
22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES					
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Trabalha 1-00018511002000	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 12	34-Face PD	35-Qtd 1	36-Quantidade US 88000
2-00018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PD	1	88000
3-00018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PD	1	88000
4-00018511002000					
5-00018511002000					
6-00018511002000					
7-00018511002000					
8-00018511002000					
9-00018511002000					
10-00018511002000					
11-00018511002000					
12-00018511002000					
13-00018511002000					
14-00018511002000					
15-00018511002000					
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/01/11 12/01					
44-Tipo de Atendimento 1-00018511002000					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total R\$ 00000000					
47-Valor Total R\$ 00000000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000					
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) específico(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 12/01/11 12/01					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 12/01/11 12/01					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11 12/01					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/11 12/01					