

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

405706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999114	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
8-Número da Carteira 002020253275180000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		
12-Número do Contato Nacional da Saúde			13-Nome ANGELICA DONIZETI DOS SANTOS DOS REIS		
14-Telefone () -			15-Data Validade da Carteira / /		
16-Telefone () -			17-Nome do Titular do plano ANGELICA DONIZETI DOS SANTOS DOS REIS		

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847533071	22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS	24-UF SP	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS	27-Número no CRO 132199	28-UF SP	29-Código CBO S

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Recusa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00				30/10/2012	Angélica D.O.S
2-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00				30/10/2012	Angélica D.O.S
3-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00				30/10/2012	Angélica D.O.S
4-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00				30/10/2012	Angélica D.O.S
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 140,00	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, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2012 Lucimara dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 Lucimara dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 Angélica D.O.S	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/10/2012
---	---	--	--

Lucimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.330-71