

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 10:12:10	4-Data de Autorização 12/01/11 10:12:10	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934588	7-Data Validade da Sentia 10/03/11 10:12:11
8-Número da Carteira 10/02/10 12:53:24 1141101010101011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ALEXANDRE ALVES RIBEIRO			10/07/1975	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ALEXANDRE ALVES RIBEIRO
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0999046727912			22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO			27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85300039-011 (I) 85300039-012
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiolo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-00	08100421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	11/10/11	0,00
2-00	08530003	RASPAGEM SUB-	HASD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	11/10/11	0,00
3-00	08530003	RASPAGEM SUB-	HASE	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	11/10/11	0,00
4-00	08530003	RASPAGEM SUB-	HAIE	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	11/10/11	0,00
5-00	08530003	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	11/10/11	0,00
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 0,00	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 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-Diga, local e Assinatura do Odontólogo Assistente 10/11/11 Cirurgia 35649	51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/11/11 Cirurgia 35649	52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11	53-Diga, local e Carimbo da Empresa 10/11/11
---	--	---	---

Assinatura: R. Dietrich
Assinatura: R. Dietrich
Assinatura: R. Dietrich
Assinatura: R. Dietrich

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgia 35649