

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



463663

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/2012	4-Data de Autorização 27/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241279	7-Data Validade da Senha 27/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534951000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YASMIM DOS SANTOS LUIZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO DUDENT	18-Número no CRO 10273	19-UF DF	20-Código CBO S 06	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86101560104	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO DE LIMA DIAS	23-Número no CRO 10273	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO DE LIMA DIAS		27-Número no CRO 10273	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	27/01/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	27/01/2012		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	27/01/2012		
4												
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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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

Cirurgião - Dentista
CRO-DF 10273

Dr. Leonardo Dias
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 10273

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 27/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--