

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/12/10 13/12/12

4-Data de Autorização
12/12/10 13/12/12

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9709415

7-Data Validade de Sanha
12/10/06 1/12/12

917226
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0010201201546460800000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS FERNANDES

14-Telefone
17/08/1978

15-Nome do titular do plano
ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

18-Número no CRQ
41529

19-UF
RJ

20-Código CEO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11153816507612

22-Nome do Contratado Executante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

23-Número no CRQ
41529

24-UF
RJ

25-Nome do Profissional Executante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

26-Número no CRQ
41529

27-UF
RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa 42-Assinatura
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/12	AB
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/12	AB
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/12	AB
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/12	AB
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Atendimento

47-Valor Total R\$

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 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

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário-Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Operadora