

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

736049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		4-Data de Autorização 13/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9160073		7-Data Validade da Senha 10/01/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002020254209580000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira				12-Número do Cartão Nacional da Saúde				13-Número do Cartão Nacional da Saúde			
14-Telefone											
15-Nome do Bêbê do plano WAGNER FERREIRA DA CONCEICAO											
16-Endereço a RN ODONTO NEWS MACAPA											
17-Nome do Profissional Solicitante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO											
18-Número no CRO 433											
19-UF AP											
20-Código CBO S 06											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16931916342220111											
22-Nome do Contratado Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO											
23-Número no CRO 433											
24-UF AP											
25-Código CHES											
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO											
27-Número no CRO 433											
28-UF AP											
29-Código CBO S											
30-Fratura / Co-participação R\$											
31-Código do Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente Região											
34-Face											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Fratura / Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data de Realização											
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Fratura / Co-participação R\$											
49-Observação											

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 realizados 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.

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

de Conceição