

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



564821
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/06/2015 4- Data de Autorização 12/06/2015 5- Série AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8632982 7- Data Validade da Série 12/04/2018 12- Número do Contrato Nacional de Saúde

8- Nome da Clínica 010201253761157000001011 9- Pos Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12/06/2015 12- Nome do Contrato Nacional de Saúde ISABEL CRISTINA ESTEVAM

13- Nome ISABEL CRISTINA ESTEVAM 30/07/1977 14- Telefone 15- Número no CRO 20497 16- UF RJ 17- Código CRO S 025 - Faturar Empresa

18- Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 19- Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 20- Número no CRO 20497 21- UF RJ 22- Código CRO S 20497

23- Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 24- Número no CRO 20497 25- UF RJ 26- Código CRO S 20497

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- CNO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aux	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quotização US	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 cumprir as orientações do profissional assistente e ancorar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a ancorar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data local e Assinatura do Curador - Dono da Saúde 26/05/2015 51- Data local e Assinatura do Curador - Operadora 26/05/2015 52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/2015 53- Data local e Contrato de Empresa

Assinaturas e rubricas manuscritas.