

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/04 11/04/21 5		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13777945		7-Data Validade da Sessão 11/07/12 15		2283534 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10020202512213110000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome do Beneficiário RAFAEL COSTA DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alendramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		18-Número no CRQ 74335		19-UF SP		20-Código CBO S 9823328		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13311982180001112		22-Nome do Contratado Escusante CELIA GONZALEZ LOPES		23-Número no CRQ 74335		24-UF SP		25-Código CBO S 9823328			
26-Nome do Profissional Escusante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		27-Número no CRQ 74335		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade		34-Preço		35-Ord	
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00		0,00		S	
2-00085200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE		1		50,00		0,00		S	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo do Alendramento 1		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 84,00		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 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.

49-Consideração

Queda de curativo. Curativo dentário 47

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Cartão da Empresa	
11/06/04 11/04/21		11/06/04 11/04/21		11/06/04 11/04/21		11/06/04 11/04/21	

Dr. Acyr Gonzalez Lopez
CRD 64325