

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



422696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012		4-Data de Autorização 27/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8068463		7-Data Validade da Sanha 17/12/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 020253196180000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome DIOGO MACHADO DA SILVA			
14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano SABRINA DA SILVA				16-Atendimento a RN N			
17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ				18-Número no CRO 118811				19-UF SP			
20-Código CBO S				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14382232803				22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ			
23-Número no CRO 118811				24-UF SP				25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ				27-Número no CRO 118811				28-UF SP			
29-Código CBO S				30-Quantidade US				31-Código do Procedimento			
32-Descrição				33-Dente/Região				34-Face			
35-Qtd				36-Valor				37-Franchisa/Co-participação R\$			
38-Aut				39-Data de Realização				40-Motivo de Glosa			
41-Assinatura				42-Assinatura				43-Assinatura			
44-Data Previsão Término do Tratamento				45-Tipo de Atendimento				46-Total Quantidade US			
47-Valor Total R\$				48-Toda Franquia / 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 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
27/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27/11/2012

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/11/2012