

tranquilidade para você sorrir

Odontolife®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



489057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/21/03	4-Data de Autorização 10/31/03	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8347941	7-Data Validade da Senha 13/11/05
8-Número da Carteira 101021021534761031010101021					
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 ANGELA MARIA DA SILVA CALIANI					
14-Teléfono 10/04/1986					
15-Nome do titular do plano DIOGO HENRIQUE CALIANI					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320		19-UF SP	
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320		24-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1131291241038319		25-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Clossa 42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
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 Carimbo da Empresa					
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Data, local e Carimbo da Empresa					

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), 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 assistente que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.