

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/10 10/12/10		5-Serão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7913425		7-Data Validade da Guia 12/10/10 10/12/10		385019 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10/10/10 10/12/10		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 10/10/10 10/12/10		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
13-Nome FELIPE BARBOSA FERREIRA		14-Data 29/05/1984		15-Telefone (11) 11111111		16-Endereço 16-Endereço		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO		18-Data 10/10/10 10/12/10	
19-Endereço 19-Endereço		20-Endereço 20-Endereço		21-Endereço 21-Endereço		22-Endereço 22-Endereço		23-Endereço 23-Endereço		24-Endereço 24-Endereço	
Dados do Profissional Responsável											
25-Nome do Profissional Responsável DIEGO ADRIANO RICARDO		26-Endereço 26-Endereço		27-Endereço 27-Endereço		28-Endereço 28-Endereço		29-Endereço 29-Endereço		30-Endereço 30-Endereço	
Dados do Tratamento / Procedimento Odontológico											
31-Código do Procedimento 1-01018110100030		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Quantidade US 1134100		34-Valor 37-Valor		35-Data 35-Data		36-Data 36-Data	
37-Valor											
38-Valor											
39-Valor											
40-Valor											
41-Valor											
42-Valor											
43-Valor											
44-Valor											
45-Valor											
46-Valor											
47-Valor											
48-Valor											
49-Valor											
50-Valor											
51-Valor											
52-Valor											
53-Valor											
54-Valor											
55-Valor											
56-Valor											
57-Valor											
58-Valor											
59-Valor											
60-Valor											
61-Valor											
62-Valor											
63-Valor											
64-Valor											
65-Valor											
66-Valor											
67-Valor											
68-Valor											
69-Valor											
70-Valor											
71-Valor											
72-Valor											
73-Valor											
74-Valor											
75-Valor											
76-Valor											
77-Valor											
78-Valor											
79-Valor											
80-Valor											
81-Valor											
82-Valor											
83-Valor											
84-Valor											
85-Valor											
86-Valor											
87-Valor											
88-Valor											
89-Valor											
90-Valor											
91-Valor											
92-Valor											
93-Valor											
94-Valor											
95-Valor											
96-Valor											
97-Valor											
98-Valor											
99-Valor											
100-Valor											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/10 10/12/10		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Retorno 1-1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 1010101010		47-Valor Total R\$ 1010101010		48-Valor Total R\$ 1010101010	
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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Assinatura											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/10 10/12/10		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10	
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 10/12/10											