



Respostas para o Guia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



453957
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196594	7-Data Validade da Senha 14/04/2011
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00202532752900000101		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome JACIVALDO DE CASTRO PACHECO			14-Teléfono ()		
15-Data Validade da Carteira 07/11/2000			16-Data Validade do Plano JACIVALDO DE CASTRO PACHECO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 06619417523		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 16305	
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305		28-UF BA	
29-Código CBO S		30-UF BA		31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0008100030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Fraco 1	35-Qtd 34	37-Valor 000
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	000
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	000
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	000
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	000
6-00084000198					
7-00084000198					
8-00084000198					
9-00084000198					
10-00084000198					
11-00084000198					
12-00084000198					
13-00084000198					
14-00084000198					
15-00084000198					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 17400					
47-Ed. Walter Negreiros, Sala 110 Av. Dorival Caymmi, 14193 Ilapua, CEP: 41635-150 Salvador - BA					
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 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/01/2011
SSA			