

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



322895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Data de Autorização 12/05/2012	7-Data Validade da Guia 10/08/2012
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025303167000000101	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 LUCIANA CRISTINA MOURA DA SILVA				
14-Telefone				
15-Data Validade da Carteira 11/11/11				
16-Nome do titular do plano LUCIANA CRISTINA MOURA DA SILVA				

17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO	18-Número na CRO 43558	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0718020938991	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO	27-Número na CRO 43558	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo do Glor	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	19/08/12		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento Odontológico	46-Exame Radiológico	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade UB	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$
						34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 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 de Assinatura do Profissional Solicitante 19/08/12	51-Data de Assinatura do Profissional Assistente 19/08/12	52-Data de Assinatura do Profissional Operadora 19/08/12	53-Data de Assinatura do Profissional Assistente 19/08/12